Über

Ventrifixura uteri

insbesondere in ihrem Einfluss auf spätere Schwangerschaften und Geburten.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt

von

Karl Niedenthal

prakt. Arzt in **Steinbach** (Kreis Baden)

aus

Alzenau (Unterfranken).

ACAD. LUDOVIC. BAT. BIBL.

Würzburg.

Buchdruckerei Franz Staudenraus

1907.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakult
der Universität Würzburg.

Referent:
Herr Geh. Hofrat Professor Dr. Hofmeier.

Obgleich die Autoren die Frage offen lassen, ob jede Retroflexio uteri, mag es nun eine komplizierte oder unkomplizierte sein, der Behandlung bedarf, so steht doch das fest, dass die Beschwerden, die aus dieser Anomalie der weiblichen Sexualorgane resultieren, so tief in das soziale Leben eingreifen, zumal die Frauen der arbeitenden Klasse weitaus den grössten Prozentsatz bei dieser Erkrankung stellen, dass die Frauen mit vollem Rechte das Verlangen an uns stellen, von den Beschwerden für immer befreit zu werden.

Bei Vorbringen all dieser Klagen soll sich der Arzt jedoch immer zuerst fragen, ob diese Klagen allein durch die Lageveränderung des Uterus hervorgerufen werden. Die Erfahrung hat nämlich gelehrt, dass oft andere Erkrankungen neben Retroflexio uteri bei diesen Klagen die Hauptrolle spielen. Es sei hier nur an allgemeine Ernährungs-Störungen auf anämischer Basis, an entzündliche Prozesse im Unterleib, an Tuberkulose des Kreuzbeines erinnert. Nach Beseitigung dieser Nebenerscheinungen tritt sehr oft auch bei weiterem Bestehen der Retroflexio uteri ein Schwinden der Beschwerden auf. Es sei nur deshalb auf diesen Punkt aufmerksam gemacht, weil oft nach gut überstandener Operation und gutem Resultat derselben

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent:
Herr Geh. Hofrat Professor Dr. Hofmeier.

Obgleich die Autoren die Frage offen lassen, ob jede Retroflexio uteri, mag es nun eine komplizierte oder unkomplizierte sein, der Behandlung bedarf, so steht doch das fest, dass die Beschwerden, die aus dieser Anomalie der weiblichen Sexualorgane resultieren, so tief in das soziale Leben eingreifen, zumal die Frauen der arbeitenden Klasse weitaus den grössten Prozentsatz bei dieser Erkrankung stellen, dass die Frauen mit vollem Rechte das Verlangen an uns stellen, von den Beschwerden für immer befreit zu werden.

Bei Vorbringen all dieser Klagen soll sich der Arzt jedoch immer zuerst fragen, ob diese Klagen allein durch die Lageveränderung des Uterus hervorgerufen werden. Die Erfahrung hat nämlich gelehrt, dass oft andere Erkrankungen neben Retroflexio uteri bei diesen Klagen die Hauptrolle spielen. Es sei hier nur an allgemeine Ernährungs-Störungen auf anämischer Basis, an entzündliche Prozesse im Unterleib, an Tuberkulose des Kreuzbeines erinnert. Nach Beseitigung dieser Nebenerscheinungen tritt sehr oft auch bei weiterem Bestehen der Retroflexio uteri ein Schwinden der Beschwerden auf. Es sei nur deshalb auf diesen Punkt aufmerksam gemacht, weil oft nach gut überstandener Operation und gutem Resultat derselben

die Klagen weiter bestehen und wegen diesen Klagen auf ein negatives Resultat der Operation geschlossen wird.

Sind jedoch diese Nebenerscheinungen auszuschliessen, dann bleibt allerdings nichts anderes übrig als an Behandlung der Retroflexio uteri selbst heranzutreten.

Es ist ein von allen Autoren anerkannter Grundsatz, dass man bei Behandlung der Retroflexio uteri zuerst den konservativen Weg, die orthopädische Behandlung, einschlagen soll. Man soll stets versuchen, den retroflektierten Uterus, zumal wenn es sich um einen beweglichen retroflektierten Uterus handelt, bimanuell aufzurichten und Pressar einzuführen. Diese Behandlung soll über einige Monate, unter Umständen Jahre, durchgeführt werden, bis der Uterus in seiner normalen Lage bleibt. Selbst bei fixiertem Uterus soll man Lösung nach Schultze und Pressarbehandlung nicht unversucht lassen, wenn auch der Erfolg ein geringer ist, aus dem Grunde, weil es bei diesen Lösungen leicht zu Blutungen kommt, die abermals zu Verwachsungen Veranlassung geben und den anteflektierten Uterus wieder rückwärts ziehen.

Wird das Pressar wegen Widerwillen der Frau oder aus sozialen Gründen nicht vertragen, hält es nicht recht, handelt es sich um Retroflexio uteri bei Virgines, sind bei fixiertem Uterus die Verwachsungen so stark, dass Narkose eingeleitet werden muss, dann ist unter allen Umständen Operation auszuführen, zumal bei dem heutigen Stand der Anti- und Asepsis eine Operation keinen so gefährlichen Eingriff mehr vorstellt wie f über.

Es gibt viele Vorschläge, welche im Sinne der operativen Heilung der Retroflexio uteri gemacht sind, welchen aber mehr oder weniger geringe Bedeutung

beizumessen sind. Diejenigen Operationen, welche übrig bleiben, und welche wir als einen wirklichen Gewinn, als eine Bereicherung des therapeutischen Schatzes betrachten können, sind drei:

1) Alexander Adam-Operation
2) Vaginofixation
3) Ventrifixation.

Und Hofmeier sagt im Grundriss der gynäkologischen Operationen folgendes:

Die Operationen bei Lageveränderung des Uterus gehen meist darauf hinaus

1. die erschlafften und gedehnten Ligamenta des Uterus zu verkürzen, sodass dadurch die normale Stellung hergestellt wird;
2. den Uterus operativ an die vordere Bauchwand derartig zu befestigen, dass er nicht wieder nach hinten oder unten sinken kann;
3. durch Herstellung einer dauernden Anteflexio uteri und Fixatio seines Corpus an der vorderen Scheide- oder Peritonealwand, bezüglich an der Rückwand der Blase, die normalen Verhältnisse wieder herzustellen.

Was nun die Technik der einzelnen Operationen betrifft, so wäre folgendes auszuführen:

Die Idee zur Alexander Adam-Operation wurde 1840 durch Alquié ausgesprochen, doch erst im Jahre 1886 zum ersten Male in Deutschland ausgeführt. Sie besteht darin, dass parallel zum Poupart'schen Band etwa 1 Finger breit oberhalb desselben ein 5—6 cm langer Schnitt bis auf die Faszie des musculus obliquus externus ausgeführt wird, die Faszie und die äussere Leistenöffnung freigelegt wird. Die Ligamenta rotunda werden sodann aufgesucht und in der Wunde fixiert.

So einfach diese Operation erscheint, so bietet sie doch häufig grosse Schwierigkeiten, da die Ligamenta rotunda oft sehr schwer oder gar nicht aufzufinden sind, sodass eine weitere Operation nach Beginn der Alexander Adam-Operation ausgeschlossen werden muss. Dies war auch bei dem in der Arbeit erwähnten ersten Fall eingetreten. Auch Weindler berichtet über 8 unkomplizierte Fälle von mobiler Retroflexio von Alexander Adam-Operation, wo er auf Schwierigkeiten stiess, wegen schlecht entwickelter Ligamenta rotunda und Sellheim bestätigt die gleiche Erfahrung, ebenso Kauffmann und Brandt. Andrerseits ist die Rezidivbildung bei Alexander Adam-Operation sehr häufig, wie Andersch, Sonnenfeld, Kötschau, Krönig und Feuchtwanger berichten. Im Durchschnitt soll bei Alexander Adam-Operation nach Weindler die Recidivbildung 20% betragen. Auch Hofmeier erklärt die Misserfolge nach Alexander Adam als stark.

Die Vaginaefixur wurde im Jahre 1892 durch Mackenrodt und Dührssen eingeführt. Sie vertritt die Idee, von der vorderen Vaginalwand aus hinter der Blase an die vordere Uteruswand heranzukommen und diese hinter der abgeschobenen Blase auf die vordere Scheidewand aufzunähen.

Diese Operation entwickelte sich aus einem an und für sich wenig rationellen Vorschlag Schueckings, durch das Lumen des reponierten Uterus mit einer krummen Nadel einen Faden derart zu legen, dass das eine Ende am äussern Muttermund, das andere durch den Fundus ausgestochen werde, hinter der Blase am vorderen Scheidegewölbe herauskommen sollte und diesen Faden dann so zu knüpfen, dass der Uterus in Anteflexiostellung gebunden würde. Schuecking selbst publi-

ziert Erfolge. Ausserdem aber ist mit diesem Verfahren nicht selten Unheil angerichtet worden, wobei Blasenverletzungen eine dominierende Rolle spielen. Auch ist schwer zu verstehen, wie eine Gestaltveränderung, welche der 6 Wochen lang liegende Faden dem Uterus aufzwingt, eine Lagekorrektur des Organes bedeuten soll. Die absolute Stille, die sich bald über die Schuecking'sche Operationsmethode verbreitete, bedeutet, dass sie früh historisch geworden ist. Auch wird von vielen Seiten vor der Operation, besonders im konzeptionsfähigen Alter gewarnt. Der Misserfolg ist bei dieser Operation bedeutend grösser als bei Ventrifixur und wird in der Literatur durchschnittlich auf 6—8% angegeben.

Da mir durch die Güte des Herrn Professor Dr. Hofmeier über die 3. auszuführende Operation bei Retroflexio uteri Ventrifixur, eine Dissertation gegeben wurde, so sei es mir erlaubt mich mit dieser Operation näher zu beschäftigen.

Was die Operation anlangt, so wurde dieselbe im Jahre 1869 von Köberlé zuerst ausgeführt mit dem Erfolge, dass die Lage des Uterus nach 4 Jahren noch normal war. Es wurde Laparotomie gemacht, der Uterus aus dem Douglas'schen Raum hervorgeholt, vor die Bauchwunde gezogen; das Ligamentum latum wurde durch einen Serrnoeud und einen quer durchstochenen eisernen Pfriem derart am unteren Wundwinkel befestigt, dass durch den Zug an diesem künstlich gebildeten Stiel der Uterus nahezu seine normale Lage einnahm.

Ähnlich operierte Sims und Schröder. Hennig machte 1881 wegen Retroversio die Kastration und fasste das rechte Ligamentum ovarii und das linke Ligamentum latum in die Bauchdeckennaht.

Lawson-Tait fixierte bereits im Jahre 1880 und 1883 nach Kastration den Fundus uteri direkt mittels Sutur an die Bauchnaht.

Zur Methode erhoben und ausgebildet wurde die Ventrifixur des retroflektierten Uterus durch Olshausen.

Der Grundgedanke, welcher dieser Operation verfolgt wird, ist folgender: Schnitt in der Linea alba von 5—8 cm Länge, von der Symphyse beginnend, darauf wird mit der linken Hand in das Abdomen eingegangen, der retrovertiert-flektierte Uterus aus dem Becken herausgeholt und an den Bauchdecken fixiert. Die Fixation kann auf verschiedene Weise gemacht werden.

Olshausen legt je eine Sutur aus Silkworm durch die Uterushörner, d. h. die Ansatzpunkte der Ligamenta rotunda, führt diese Nähte je durch eine Lefze der Bauchwunde nahe dem unteren Winkel und zwar nur durch Peritoneum, Muskel und Fascia superficialis und knüpft sie auf dieser. Dann wird die Bauchwunde geschlossen. Die Ventri fixierenden Nähte liegen also verloren.

Czerny und Leopold legten zuerst die fixierenden Nähte durch die vordere Uteruswand bis zu einigen Millimeter in dieselbe einstechend, den Ein- und Ausstich 1 bis 2 cm von einander lassend und führten diese Suturen durch die korrespondierenden Lefzen der Bauchwunde nahe dem unteren Winkel.

Koblanck operierte wie Olshausen, nur dass er die Fettschicht vom Schnitt aus seitlich von der Faszie etwas abschiebt und auf der Faszie die Ventri fixierende Naht knüpft.

Fritsch fixiert so, dass er ein 2—3 cm langes, 1 bis $1^1/_2$ cm breites Oval der vorderen Uteruswand

in den unteren Bauchwundwinkel mit zahlreichen peripheren herumgelegten Nähten einsäumt.

Kaltenbach und Czempin schlagen die ventrale Fixation vor. Der Bauchschnitt wird blos bis in das Peritoneum geführt und durch dasselbe hindurch, ohne es zu öffnen, werden die fixierenden Nähte gelegt, während der Uterus mit der Sonde fest der Bauchwand angedrückt wird.

Diese Operation bietet selbst für ganz unkomplizierte Fälle keine wesentlichen Chancen und begibt sich des Hauptvorteils der Ventrifixur, welche darin besteht, dass das Peritoneum geöffnet wird.

Veit eröffnet das Abdomen mittels des suprasymphysären Kreuzschnittes, 2 Finger breite über der Symphyse gemachte Querschnitte, in Ausdehnung von 10 cm bis auf die Faszie. Dann wird nach oben, teils stumpf, teils mit dem Messer Integument und Fettschicht in möglichst grosser Ausdehnung unterminiert, sodass die Fascie bis zur Handtellergrösse frei liegt. Der so entstehende Hauptlappen wird median mit Hackenzange gefasst, kopfwärts zurückgehalten und zwischen den Recti die Faszie und supra-peritoneale Fettschicht und das Peritoneum sagittal angeschnitten, Länge etwa 7—9 cm und so die Bauchhöhle eröffnet. Dann wird im Abdomen operiert und der Uterus ventrifixiert Durch diese Methode wird Bauchhernie vermieden. Fixationsnaht nach Czerni-Leopold; dann fortlaufende Bauchwundnaht.

Werth, durch die Veröffentlichung von 4 Darmeinklemmungen und Ileus nach Ventrifixation, wobei eine Darmschlinge durch die Pforte zwischen Fixation und Blasenscheidel durchgeschlüpft war, entmutigt, sucht dieser Eventualität zu entgehen, indem er bei Ventri-

fixation durch Naht die gesamte plica vesico uterina verlötet.

Doléris fasst beide Ligamenta rotunda 3—4 cm von ihrer uterinen Insertion mit starken Klemmen oder Fadenschlingen, zieht sie in den unteren Bauchwundwinkel heran, fixiert sie hier, indem er sie an das Peritoneum und die Faszie der Bauchwunde in 3 Etagen einnäht. Bauchwunde wie sonst geschlossen.

Beck operiert ähnlich wie Doléris, nur dass er das Ligamentum rotundum frei präpariert, unter ihm die so entstandene Peritonealwunde im vorderen Ligamentum latum mit Fäden verschliesst, das Ligamentum rotundum in die Bauchwunde zieht und es hier so befestigt, dass Peritoneum und Faszie unter ihm vernäht werden und je eine Schlinge des runden Bandes zwischen Faszie und Fettschicht zu liegen kommt, auf erstere dann gewissermassen reitet und so durch Nähte fixiert wird.

Bartescu machte links und rechts neben der Bauchwunde vom Peritoneum aus einen Schlitz durch dieses, die Muskulatur und Faszie, unterminiert über der Faszie vom unteren Bauchwundwinkel aus bis zu diesem Schlitz und zieht durch diesen und durch die Unterminierung beide ligamenta rotunda, jedes etwa in der Mitte fassend, bis in die Bauchwunde, verknüpft hier beide Ligamenta mit einander und vernäht sie ausserdem. Die Ligamentaschlingen liegen also auf der Faszie zwischen diesem und der Fettschicht. Sie werden vorher nicht wie bei Beck, aus ihrer Lage frei präpariert.

Die Technik, nach welcher Hofmeier operiert, ist folgende: Eröffnung der Bauchhöhle in Beckenhochlage durch einen möglichst kleinen Schnitt. Es wird der supra-symphysäre Faszienquerschnitt geführt, durch

welchen die Faszie für die Durchführung der seitlichen Nähte gleich in gewünschter Weise freigelegt wird. Der Schnitt wird höchstens 2 bis 3 Querfinger über der Symphyse geführt, bei Längsschnitt bis dicht auf dieselbe. Da die Operation meist bei fixierter Retroflexio gemacht wird, werden die Adhäsionen mit den Fingern oder der Scheere gelöst, indem man den Uterus mit einer feinen Hackenzange oder seitlich mit einer langen Klemme vorzieht. Nach völliger Befreiung des Uterus und seiner Anhänge wird seitwärts durch die freigelegte Faszie an der Stelle, welche bei normaler Lage des Uterus etwa dem Abgang der Ligamenta rotunda entsprechen würde, von aussen nach innen eine mit einem Silkwormfaden armierte Nadel durchgestossen, dann um das Ligamentum rotundum und zwar unmittelbar nach seinem Abgange aus dem Uterus, herumgeführt und dann wieder zurück bis aussen auf die Faszie. Dasselbe wird auf der anderen Seite gemacht und dann werden diese Nähte aussen auf der Faszie geknotet und kurz abgeschnitten. Nach Knotung der Fäden liegt der Uterus der vorderen Bauchwand an; aber wenn man die Ligamenta nicht unmittelbar an ihrem Abgang vom Uterus gefasst hat, so bleibt zwischen dem Uterus und der vorderen Bauchwand ein spaltförmiger Raum, in dem doch leicht eine Darmschlinge hineinschlüpfen kann. Um dies zu verhüten, näht man regelmässig durch einige Catgutnähte das Peritoneum des unteren Wundwinkels auf das Peritoneum der vorderen oberen Uteruswand. Dadurch entsteht eine sero-seröse Verbindung, welche jedenfalls eine spätere Entfaltung in einer Schwangerschaft nicht hindert, wohl aber Darmeinklemmungen unmöglich macht. Auch ein seitliches Herumschlüpfen um die Adnexe und den Uterus ist bei der breiten

Anlegung an die vordere Bauchwand nicht gut möglich. Der Schluss der Bauchwunde und die Nachbehandlung sind wie bei jeder anderen Cöliotomie. Die Anheftung an die vordere Bauchwand kann natürlich je nach dem Zustande um den es sich handelt, höher oder tiefer gemacht werden. Bei einfacher Retroflexio ohne weitgehende Erschlaffung der Band-Apparate ist es jedenfalls erwünscht, die Fixation nicht zu hoch zu machen.

Wichtig unter allen Umständen ist, dass man sehr bald bei Ventrifixur aufgehört hat, die vordere Uteruswand und die Peritonealpartie in der Umgebung des unteren Bauchwinkels in irgend einer Weise anzufrischen. Man hat bald gelernt, dass eine intime Näherung des Uterus und des Parietalperitoneums durch eine fest geknüpfte Naht schon binnen kurzer Zeit zu einer festen Verwachsung führt, welche auch nach Entfernung der Suturen allen weiteren Schädigungen trotzt.

Eine weitere Gruppe von Verfahren verkürzt den intraperitonealen Teil der Ligamenta rotunda ohne die Bauchdecke in irgend einer Weise in Anspruch zu nehmen. Das sind Verfahren, welche mit der Ventrifixur nur noch den Bauchschnitt gemeinsam haben, sonst jedoch im Prinzip mit Alexander Adam-Operation übereinstimmen. Bei Ausführung der Ventrifixur spielt natürlich das Nähmaterial auch eine grosse Rolle, besonders auf die Dauererfolge. So manche Misserfolge, die in der neueren Literatur beschrieben sind, müssen auf die vorzeitige Resorption der Catgutfäden zurückgeführt werden. Weindler tritt in seiner Arbeit entschieden für Seidennähte ein, während Hofmeier bei Anwendung von Seidenfäden Misserfolge in der Art hatte, dass die liegen gebliebenen Seidenfäden später zu Fisteln Veranlassung gaben. Nach Spaltung dieser Fisteln und Entfernung

des die Eiterung anregenden Seidenfadens schloss sich die Wunde sofort. Deshalb griff Hofmeier wieder auf die von ihm verlassenen Silkwormnähte zurück und wie wir sehen werden, mit glänzendem Erfolge.

Wir müssen natürlich bei jeder Operation uns vor Augen führen, ob die Operation mit der Schwere der Erkrankung im Einklang zu bringen ist, das heisst, ob wir durch Ausführung der Operation die Erkrankten keiner grösseren Gefahr entgegenführen als die Erkrankung selbst darbietet. Da nun die Retroflexio uteri, ob kompliziert oder unkompliziert, für die Patientin in keiner Weise eine direkte Lebensgefahr bietet, so müssen wir uns hier doppelt fragen, ob wir wirklich mit Recht die Patientin der Gefahr einer Laparotomie aussetzen sollen. Die Erfolge beweisen uns zur Genüge, dass wir bei Retroflexio uteri jederzeit die Ventrifixur anwenden dürfen. Denn in Anbetracht der relativen Kürze und leichten Ausführbarkeit der Operation, bei welcher der Finger Bauchhöhle und Darm kaum zu berühren braucht, bei welcher die Bauchdeckenwunde ca. 8 cm beträgt, wo weder Sekret noch Blutansammlungen in der Bauchhöhle zurückbleiben, ist die Gefahr der Infektion bei unserer immer sicherer gewordenen Handhabe der Anti- und Asepsis als normal anzusehen. Die Eröffnung des Bauchfelles soll keineswegs unterschätzt werden, gleichwohl braucht man sie heutzutage nicht mehr zu fürchten. Es ist auch erwiesen, dass die Gefährdung hinsichtlich der Peritonitis keine grössere ist, als bei jeder anderen vaginalen Fixationsmethode. Und führt man sich auch vor Augen, dass exakte Blutstillung, Vermeidung von Nebenverletzungen, eine unbedingte Notwendigkeit darbietet, so müssen wir auch noch berücksichtigen, dass neben der Retroflexio uteri

fixati oft recht komplizierte Verhältnisse im Becken anzutreffen sind, denen man von der Laparotomiewunde aus entschieden am wirksamsten entgegentreten kann. Und die Erfahrung hat auch gelehrt, dass dergleichen Schwierigkeiten sehr häufig auftreten, bei denen die vollständige saubere Beseitigung auf einem anderen Wege als den der Laparotomie unmöglich wäre. Um nun schliesslich auch zahlenmässig die Ungefährlichkeit der Ventrifixation beweisen zu können, mag hier die Literatur sprechen.

Hofmeier hat seit 1889 bis 1907 bei 119 Fälle einen Todesfall durch Sepsis.

Noble berichtet über 127 Operationen mit 2 Todesfällen, welche nicht auf die Operation zurückzuführen sind.

Smith bringt in der Literatur 111 Fälle vor mit einem Todesfall.

Batz berichtet über 38 Operationen mit 5 Todesfällen; 3 durch Sepsis und 2 durch Ileus.

Christiani bereichert die Literatur mit 134 Fällen, ohne Todesfall.

Fleischlen: 44 Operationen ohne Todesfall.

Gräfe: 21 Operationen ohne Todesfall.

Kötschau: 150 Operationen ohne Todesfall.

Grisede: 35 Operationen ohne Todesfall.

Schauda: 77 Operationen ohne Todesfall.

Weindler: 124 Operationen mit einem Todesfall.

Diese geringen Prozentsätze lehren doch von selbst, dass die Gefahr der Operation wirklich nicht im Vergleiche steht zu den später zu erwartenden Erfolgen, die durch die Operation hervorgerufen werden.

Auch wird der Ausführung der Operation noch entgegengehalten, dass man die Patientin der Gefahr

der Darmeinklemmung und des Ileus aussetzen würde, eine Behauptung, der wohl zu grosse Bedeutung beigelegt wird. Seit Einführung der Ventrifixur im Jahre 1886 sind bei der enormen Zahl der Operationen nur 4 Fälle von Ileus bekannt.

Über den ersten Fall berichtet Jacob im Jahre 1894. Jacob hatte in diesem Fall seine direkte Fixationsmethode angewandt, welche zur Folge hatte, dass sich ein $4^1/_2$ cm breiter Strang zwischen Uterus und Bauchwand gebildet hatte, in welcher sich die Darmschlinge verfing.

Der zweite Fall wird von Olshausen zitiert. Die Operation wurde nach Leopold ausgeführt.

Über den dritten Fall referierte Dardanelli. Hier wurden die entzündlichen Adhäsionen, durch die Tube und Darm verlötet waren, bei der Ventrifixation nicht gelöst; infolgedessen kam es bei der Fixation des Uterus nach oben an der Verlötungsstelle zur Darmabknickung und Einklemmungssymptome.

Der vierte und letzte Fall von Ileus nach Ventrifixation wurde von Sonnenfeld publiziert. In diesem Falle wurde der Uterus am Fundus mit einem Catgut und zwei Silkwormfäden an der vorderen Bauchwunde fixiert. Die Sektion ergab, dass der Tod der Patientin im direkten Zusammenhang mit der Operation stand. Auch hier hatte sich ein Ligamentum suspensorium fundale medium gebildet.

Bei Betrachtung all dieser Fälle sehen wir, dass es sich hier nicht um eine laterale Ventrifixation handelt, sondern dass hier stets der Fundus uteri fest mit der Bauchwunde vernäht wurde, sodass sich ein Strang bildete, der nachträglich die Darmeinklemmung verursachte. Die Gefahr des Ileus kann also bei lateral

ausgeführter Operation vermieden werden, zumal wenn man Hofmeier's Vorschlag, die Vernähung des Peritoneums der Bauchwunde mit dem Peritoneum der vorderen Uteruswand berücksichtigt.

Auch eine andere Bedingung stellt man mit Recht vor Ausführung der Ventrifixur an die Operation selbst. Nämlich die, wie ist das Verhältnis der Operation zu dem Dauererfolg. Und um allem gleich vorzugreifen, kann man sagen, dass der Dauererfolg ein ausgezeichneter ist, dass das Resultat nach jeder Beziehung hin vollauf befriedigt. Wenn Rieck sagt: Ganz ohne Rezidiv wäre bisher überhaupt keine Methode der Operationen zur Beseitigung der Retroflexio geblieben, und wenn Mackenrodt auf dem Leipziger Kongress behauptet, die Ventrifixation sei nicht frei von Rezidiven, so mag dies wohl stimmen, wenn man die Ausnahme zur Regel macht, jedes auftretende Rezidiv der Operation selbst in die Schuhe schiebt und bestrebt ist, in der Literatur nur das zusammenzutragen, was zu Ungunsten der Operation spricht. Andere Autoren kommen zu entgegengesetztem Resultate wie die beiden oben erwähnten und Batz erklärt offen: die Erfolge bei Ventrifixation sind so günstig, dass man sich unwillkürlich nach Nachteilen der Ventrifixation erkundigt.

Hier seien nun die Resultate aufgeführt, die ich in der Literatur, soweit sie mir zur Verfügung stand, gefunden habe.

Petersen berichtet über 50 Operationen und 1 Misserfolg.

von Guérad über 57 Operationen und 2 Misserfolge.

Lockard über 6 Operationen und 1 Misserfolg.

Batz über 38 Operationen und 1 Misserfolg.

Olshausen gibt an, keinen Misserfolg erlebt zu haben.

Koblanck hat einmal unter einer grossen Anzahl von Nachuntersuchungen 1 orthopädischen Misserfolg.

Veit berichtet über Zusammenstellung von Ventrifixation von 934 Fällen (nach Leopold 681 mal, nach Olshausen 253 mal operiert) und traten nur 25 Misserfolge auf.

Cohn berichtet über 338 Ventrifixationen wovon 6% ungenügend und 94% guten Erfolg darboten.

Halban 10 Operationen nach Leopold, 3 Operationen nach Olshausen; je 1 Misserfolg.

Noble 124 Fälle, 3 Misserfolge, 2 Hernien.

Smith 111 Ventrifixuren, 1 Misserfolg.

H. A. Kelly berichtet über 130 Fälle, darunter 100 Heilungen, 26 Besserungen und 4 Misserfolge.

Andersch und Christiani geben den Prozentsatz der Misserfolge zu 6% an.

Küstner jedoch nur 2,8%.

Man geht sicherlich nicht zu weit mit der Behauptung, wie Weindler in seinem Berichte ausführt, dass bei genauester Auswahl der Fälle richtiger Fixation des Uterus die Sicherheit des Erfolges in Bezug auf die Lagekorrektur eine vollkommene genannt werden kann. Dies bestätigt auch Fritsch auf dem Würzburger Kongress 1903, der sagt: „Die Ventrifixation halte ich für die sicherste Methode den Uterus hoch zu fixieren“ und an einer andern Stelle sagt er: „Die Ventrifixation ist die sicherste Retroflektionsoperation; sie passt auf alle Fälle.“ Auch Batz erklärt, dass es nach den geschilderten günstigen Resultaten gerechtfertigt erscheint, wenn man die Ventrifixation als bestes in Frage kom-

mendes Verfahren bei der Behandlung sowohl der fixierten als auch mobilen Retroflexion hinstellt. Schliesslich sei noch der Ausspruch Gebhardt's zitiert, der sagt, dass die Ventrifixation unter allen Umständen die in Bezug auf Dauerresultate sicherste Operation ist, welche für alle Fälle von Retroflektionen Anwendung finden kann; sie ist die Universal-Operation. Die Alexander'sche Operation und die Vaginofixation können wir entbehren, der Ventrifixation möchten wir nicht entraten.

Auch Fränkel tritt entschieden für die Operation ein, ebenso Odebrecht, der der Leopold'schen Methode den Vorzug gibt.

Hofmeier erklärt, dass zu der ausnahmslosen Erzielung eines Dauerresultates betreffs der Lage des Uterus zu bemerken sei, dass hier bekanntlich ein schwacher Punkt aller Retroflexions-Operationen liegt aus dem Grunde, dass eben die Fixation mit Rücksicht auf die spätere Funktion des Uterus nicht zu fest gemacht werden darf. Infolgedessen gibt es keine derartige Operation, die in grösserer Häufigkeit ausgeführt bei längerer Beobachtungsdauer nicht eine grössere Anzahl Rezidive aufzuweisen hätte in dem Sinne, dass nach völliger Lösung oder Dehnung der künstlich erzeugten Verwachsungen die Retroflexio sich wieder vollkommen hergestellt hätte und spricht zu gleicher Zeit auf das bestimmteste aus, dass das Dauerresultat bezüglich der Lage des Uterus und der Beseitigung der pelveoperitonischen Prozesse ein ausgezeichneter sei. Bezüglich der Ventrifixur bei Prolapsus verbunden mit Retroflexio erklärt Hofmeier, dass eben doch kaum was anderes übrig bleibt, wenn man die physiologische Funktion der Genitalien nicht vollständig opfern will, als zunächst

eine Heilung auf dem Wege der Ventrifixur zu versuchen und dass wirklich die Resultate recht befriedigend seien.

Am Schlusse bleibt nur noch ein Punkt zu besprechen übrig, ob durch die Operation auch die subjektiven Beschwerden der Patientinnen gehoben werden. Und auch hier ist das Resultat ein gutes zu nennen. Kreuz- und Leibschmerzen verschwinden bald, die profusen, länger dauernde und in kürzeren Intervallen kehrende Menstruationen werden regelmässig, die nervösen Erscheinungen werden gehoben, kurz gesagt, die Patientin wird von ihren Beschwerden befreit und arbeitsfähig. Dass allerdings nicht alle Beschwerden nach ausgeführter Operation schwinden, hat seine Gründe darin, dass Fehler in der Indikationsstellung zur Operation unterlaufen sind, auf die ja auch schon im Anfange der Arbeit hingewiesen ist. Es handelt sich hier meist um oophoritische oder perioophoritische Prozesse, die auch bei normaler Lage der Organe Beschwerden bereiten. Es ist also das weitere Bestehen von subjektiven Beschwerden nicht der Operation zur Last zu legen, sondern auch in diesem Punkte ist der Erfolg der Operation ein durchaus zufriedenstellender und guter.

Es sei mir nun gestattet, dass ich an dieser Stelle auf die in der hiesigen Klinik seit 1903 bis Mai 1907 operierten Fälle eingehe. Der Übersicht halber habe ich diese 32 Fälle in 4 Gruppen eingeteilt,

1. Retroflexio uteri mobilis,
2. Retroflexio uteri fixata,
3. Adnexerkrankungen mit Retroflexio,
4. Prolapsus mit Beteiligung des Uterus.

Es sei hier auch gleich bemerkt, dass die hiesige Klinik in der angenehmen Lage ist, seit 1903 keinen

Todesfall zu verzeichnen, der auf eine Ventrifixur-Operation zurückzuführen ist. Operiert wurde stets nach der von Hofmeier angegebenen Methode.

I. Gruppe.

I. Fall.

O. Maria, 32 Jahre, Ökonomenfrau.

6. II. 06. Angabe der Patientin: 3 Geburten, darunter 2 Frühgeburten im 7. bis 8. Monat spontan, kein Abortus. Wochenbett normal; Kinder leben. Letzte Geburt vor 5 Jahren. Vor 2 Jahren war Patientin bereits 14 Tage in der Klinik wegen Retroflexio uteri, Entometritis, Abrasio, wurde mit Ring entlassen und fühlte sich ein Jahr lang wohl; dann wieder Leibschmerzen bei der Periode, die stärker wurden als früher und immer einige Tage vor der Zeit eintrat. Seit 14 Tagen ständig Leibschmerzen, kein Ausfluss. Patientin will nie krank gewesen sein. Erste Periode mit 14 Jahren regelmässig alle 4 Wochen, 5 Tage dauernd, starke Schmerzen einige Tage zuvor und während der Blutung. Letzte Periode vor 14 Tage. Seit $^3/_4$ Jahren häufiger Harnandrang.

Obstipation.

Status präsens: Ring heute Früh entfernt, Scheide mittelweit, Portio vorne hinter der Symphyse stehend, Uterus retroflektiert, nach der linken Seite rechte Douglasfalte gespannt, verdickt und empfindlich. Adnexe nicht mit Sicherheit zu tasten.

Spekulum: Äusserer Muttermund etwas geöffnet, Uterus durchgänglich, lässt sich mit der Sonde auf-

richten unter geringen Schmerzen, scheint in der Gegend der linken Adnexe fixiert.

Diagnose: Retroflexio uteri mobilis.

Operation: 13. II. 06. Es wurde versucht durch Alexander Adam'sche Operation den retroflektierten Uterus aufzurichten. Die Ligamenta rotunda waren nicht aufzufinden, deshalb wurde 2 Querfinger oberhalb der Symphyse ein etwa handbreiter Querschnitt gemacht bis durch die Faszie und nach Abpräparierung derselben in der Linea alba die Bauchhöhle geöffnet, der vollkommen retroflektierte recht grosse und äusserst schlaffe Uterus vorgezogen, wobei sich zeigt, dass beide Ligamenta rotunda äusserst dünn und atrophisch sind. Nach Umlegung zweier Silkwormnähte etwa einen Querfinger von der Kante des Uterus um die Ligamenta rotunda, werden diese Nähte aussen auf der Faszie an der entsprechenden Stelle geknotet. Die vordere obere Wand des Corpus uteri wird mit zwei Catgutnähten an das Peritoneum fixiert, die Bauchwunde geschlossen; Faszie und Haut mit 5 Silkwormnähten in der Achtertour vernäht. Ungestörter Heilungsverlauf.

20. II. 06. Verband gewechselt, Heilung p. p.

25. II. 06. Silkwormfäden entfernt; ausser Bett.

5. III. 06. Wunde p. p. geheilt. Inguinalwunde zeigt auf der linken Seite eine empfindliche Infiltration des Wundrandes. Uterus anteflektiert, ziemlich hoch, gut beweglich.

6. III. 06. Entlassung. Patientin fühlt sich wohl.

II. Gruppe.

2. Fall.

14. XII. 04. G. Babette, Tünchersfrau.

10 Jahre steril verheiratet. Periode stets regelmässig, starke Schmerzen während derselben, Blutabgang in Klumpen. Letzte Periode 10. XII. 04. Patientin kommt wegen heftiger Kreuzschmerzen, die stets vorhanden, und wegen Menstruationsbeschwerden.

Status präsens: Sehr dicke fette Frau. Scheide eng, Portio nach vorne, Uterus vollständig retroflektiert. Jede Berührung des hinteren Scheidegewölbes ausserordentlich schmerzhaft, ebenso jeder Versuch, den Uterus wenig zu heben, ausserordentlich empfindlich und unmöglich.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

17. XII. 04. Operation: Die Operation wurde nach der von Hofmeier angegebenen Technik ausführt. Die ganze Operation ausserordentlich erschwert durch den Fettreichtum und das fortwährende Vordrängen des Dammes. Collodiumverband. Nach der Operation Wasserlassen spontan.

19. XII. 04. Seit heute früh 6 Uhr Schmerzen in der linken Parotisgegend, während des Vormittags etwas Frösteln. Gegen Abend 39,2 Temperatur. Die Schmerzen ausserordentlich heftig, die Parotisgegend schwillt ziemlich stark an, lebhaft gerötet. Nach Morphiuminjektion Schlaf. Umschläge mit essigsaurer Tonerde.

20. XII. 04. Heute Temperatur über 39,0°, etwas Frösteln. Die Geschwulst, die anfangs sich mehr nach unten vorgebuchtet hatte, ist gegen Abend ziemlich diffus über die ganze Gesichtshälfte verbreitet. Sehr

starke Rötung, keine Fluktuation nachweisbar. Gegen die Schmerzen Morphiuminjektion.

21. XII. 04. Temperatur-Abfall. Kein Eiterabgang bemerkt. Die Geschwulst beginnt sich abzuflachen, Schmerzen gering.

22. XII. 04. Befund wesentlich gebessert, keine Temperatur-Steigerung mehr. Von seiten des Abdomens nichts besonderes.

24. XII. 04. Normales Aussehen des Gesichtes; Wohlbefinden.

28. XII. 04. Verbandwechsel. Wunde p. p. geheilt.

1. I. 05. Ausser Bett.

3. I. 05. Drähte entfernt.

5. I. 05. Entlassung. Uterus anteflektiert, Narbe lineär; Patientin fühlt sich zur Zeit gut.

3. Fall.

Sch. Katharina, 40 Jahre, Taglöhnerin.

21. XII. 04. Patientin kommt wegen ständigen Druckgefühls nach unten, Übelsein, Leibkrämpfe, Kreuzschmerzen bestehen seit 6—7 Jahren. War wegen Magenleiden, Rheumatismus und Nervosität in Behandlung. Erste Periode mit 18 Jahren; stets mehrere Tage zuvor Krämpfe. Periode ziemlich regelmässig, nur in diesem Frühjahre alle 14 Tage. Letzte Periode vorgestern vorbei. Gewöhnliche Dauer 5—6 Tage.

Status präsens: Retroflektierter harter Uterus. Rechts hinten die ihn fixierende Stelle deutlich fühlbar; Aufrichtungsversuche sehr schmerzhaft. An den Adnexen nichts besonderes gefühlt.

24. XII. 04. Narkose. Portio nach vorn glatt. im hinteren Scheidegewölbe fühlt man eine bohnengrosse,

etwas prominierende Verdickung. Uterus vollständig retroflektiert, lässt sich etwas verschieben aber nicht aufrichten. Das Peritoneum des Douglas scheint etwas verdickt; an den Adnexen nichts besonderes zu finden.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

27. XII. 04. Operation: Die Operation wurde nach der von Hofmeier angegebenen Technik ausgeführt.

Die ganze Rückfläche des Uterus durch sehr feste Adhäsionen mit der vorderen Fläche des Dammes verwachsen; ebenso die Ovarien in diese Verwachsung eingezogen, während die Tuben selbst frei sind. Vorsichtige Lösung der Adhäsion.

Näh-Material: Catgut.

4. bis 8. I. 05. Periode ohne Beschwerden.

7. I. 05. Verbandwechsel; Wunde p. p. geheilt.

12. I. 05. Da Patientin links von der Wunde über Schmerzen klagt, Carbol-Prissnitz-Umschläge. Wunde selbst tadellos.

13. I. 05. Ausser Bett.

23. I. 05. Wunde zeigt kein Infiltrat.

24. I. 05. Bauchnarbe vollkommen lineär; Uterus nach vorne, Portio stark nach hinten. Ligamenta sarco uterina ziemlich stark gespannt. Im linken Scheidegewölbe fühlt man die oben genannte, etwas unregelmässige Verdickung. Douglas sonst frei, nicht besonders empfindlich.

25. I. 05. Entlassung. Patientin fühlt sich wohl.

4. Fall.

W. Emilie, 30 Jahre, Stationswärtersfrau.

4. XI. 04. Patientin hat noch keine Geburt überstanden. Nicht ernstlich erkrankt gewesen. Die erste

Periode trat mit ca. 18 Jahren ein; meistens regelmässig. Seit einigen Jahren schmerzhaft, regelmässig 8 bis 10 Tage dauernd. Vor der Periode Schmerzen bis zur Blutung. Patientin klagt über Schmerzen im Leib und Kreuz und hat seit Jahren Opstipation, Schwindel, Kopfweh. Schmerzen auch ausserhalb der Periode. Ring wurde bisher nicht getragen.

Status präsens: Scheide eng, Portio conisch, Muttermund kleines Grübchen. Uterus beweglich, dabei etwas Schmerzhaftigkeit, retrovertiert. Fundus etwas nach links hart, vergrössert, anscheinend nach hinten fixiert. An den Adnexen nichts besonderes.

5. XI. 04. Uterus nicht viel beweglich.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

8. XI. 04. Operation: Nach Öffnung der Bauchhöhle zeigt sich der grosse Uterus vollkommen retroflektiert, die Ovarien ziemlich gross, tief im Douglas liegend. Verwachsen der Organe nicht vorhanden, wohl aber die ganzen Ligamenten so straff, dass der Uterus sofort wieder nach hinten gezogen wird. Nach Vorziehen des linken Ovariums wird eine taubeneigrosse Cyste mit völlig klarem serösen Inhalt punktiert und die beiden Kanten des Schnittes mit feinem Catgut umstochen. Darauf wird der Uterus durch 2 Silkwormnähte etwa fingerbreit von der Kante des Uterus unter Durchführung dieser Fäden seitwärts an entsprechender Stelle durch die blosgelegte Faszie und die vordere Bauchwand fixiert. Sonst Operation nach Hofmeier.

Wasserlassen spontan.

17. XI. 04. Reaktionslose Heilung, Verbandwechsel, Wunde p. p. geheilt.

20. bis 24. XI. 04. Periode ohne nennenswerte Beschwerde.

24. XI. 04. Ausser Bett.

30. XI. 04. Bauchwunde fest und lineär geheilt. Uterus gut anteflektiert, etwa 2 Querfinger oberhalb der Symphyse der Bauchdecke gut anliegend. Vollkommen gut beweglich. Kleines Becken frei. Entlassung. Patientin fühlt sich wohl.

1907. Patientin suchte am 6. II. 07 die hiesige Klinik behufs Geburt wieder auf.

Anamnese: Erste Schwangerschaft. Letzte Menstruation in den ersten Tagen des Mai 1906. Erste Kindsbewegung Ende August 1906. Während der Schwangerschaft zeitweise Schmerzen in der Nabelgegend; viel Erbrechen.

Status präsens: Mittelgrosse kräftig gebaute Frau von gesundem Äussern; Muskulatur und Fettpolster gut. Brüste straff, Drüsenkörper gut entwickelt, Warzen prominierend, auf Druck Kollostrum.

Äussere Untersuchung: In der Linea alba vom Nabel bis zur Symphyse etwa daumenbreite feste Narbe, vereinzelte Striae.

Palpation: Rücken links zu fühlen, im Fundus der Steiss, kleine Teile rechts oben; Kopf steht fest im Becken.

Auskultation: Herztöne links vom Nabel deutlich zu hören.

Innere Untersuchung: Introitus und Vagina mässig weit, Portio vaginalis und äusserer Muttermund, sowie Kanal Cervix und innerer Muttermund verstrichen, handtellergross geöffnet. Vorliegender Teil: der Kopf, kleine Fontanelle links vorne. Pfeilnaht verläuft im rechten schrägen Durchmesser.

Die Geburt verlief vollkommen normal, wie ebenso das Wochenbett nicht den geringsten pathologischen Befund darbietet.

Die Untersuchung bei der Entlassung nach der Geburt ergab: Uterus ziemlich gut zurückgebildet, stark anteflektiert. Uterus gut beweglich. Adnexe und Parametrium frei.

5. Fall.

V. Magdalena, 25 Jahre alt, Lackierersfrau.

14. X. 04. Dieser Fall wurde bereits in der Doktorarbeit von Reuer erwähnt und findet hier nur deshalb Berücksichtigung, weil die Patientin im Jahre 1905 die Klinik behufs Entbindung aufsuchte. Schwangerschaftszahl ist 5. Letzte Regel 25. September. Erste Kindsbewegung Anfang Februar 1905.

Patientin gibt bei der Aufnahme an, dass sie sich $1^1/_4$ Jahr nach der Operation völlig wohl gefühlt hätte, bis sie im Januar 1904 ganz plötzlich an starke Leibschmerzen erkrankte. Auf Verordnung heisser Umschläge am 4. Tage Entleerung von gelbgrünem Eiter aus der Scheide. Daraufhin nach Massierung Wohlbefinden. Während der ganzen Schwangerschaft starke Schmerzen in beiden Seiten, sodass Patientin zu anstrengenden körperlichen Arbeiten unfähig war.

Status präsens vom 19. Juni 05: Patientin in gutem Ernährungszustande. Brüste klein, schlaff, Drüsenkörper mässig entwickelt.

Äussere Untersuchung ergab: Leib kuglig, ausgedehnt; Linea alba schwach pigmentiert; von der Symphyse ist 3 Querfinger unterhalb des Nabels eine feste breite Längsnarbe.

Die innere Untersuchung ergab: Introitus und Vagina weit, Portio vaginalis erhalten, tief herabgedrängt, äusserer Muttermund für 2 Finger durchgängig; innerer Muttermund für 1 Finger durchgängig. Vorliegender Teil: Kopf mit tiefstem Punkte im Beckenausgange, mit der grössten Peripherie in Beckenweite.

Diagnose: Erste Schädellage.

15. VII. 05. Die Geburt erfolgte normal spontan, nur trat ein kleiner oberflächlicher Dammriss auf, der vernäht wurde. Nachgeburt wurde mittelst Crédé'schen Handgriff entfernt. Wochenbett normal.

Beim Tage der Entlassung: Uterus anteflektiert, beweglich; Adnexe etwas verdickt.

6. Fall.

H. Josephine, 43 Jahre alt, ledig, Näherin.

25. V. 04. Erste Periode mit 22 Jahren, regelmässig, beschwerdefrei. Menopause seit 10 Jahren. Patientin kommt wegen ständiger Schmerzen im Unterleibe und im Kreuze, besonders stark bei Bewegungen seit Februar. Damals hatte Patientin Bauchfell-Entzündung. Seit gleicher Zeit Brennen beim Wasserlassen und Ischurie, Obstipation, viel Kopfweh, Erbrechen.

Status präsens: Scheide eng, Portio ganz nach vorne; Uterus retroflektiert, an seiner rechten Kante unmittelbar ansitzend ein etwa wallnussgrosser, harter Tumor. Uterus liegt im ganzen recht fest; Bauchdecke schlaff.

29. V. 04. Seit der Untersuchung lebhafte Schmerzen im Leibe. Eisblase.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

3. VI. 04. Operation: Die Operation wurde nach der von Hofmeier angegebenen Technik ausgeführt.

4. VI. 04. Patientin hat in der Wundgegend noch etwas Schmerzen.

6. VI. 04. Auf Öl reichlich Stuhlgang. Normale Temperatur.

13. VI. 04. Wohlbefinden bisher, Verbandwechsel, Wunde tadellos geheilt.

19. VI. 04. Keinerlei Schmerzen. An der Wunde wird eine ca. 2 querfingerbreite gelbe Infiltration bemerkt; keine Schmerzen; Prissnitz.

20. VI. 04. Patientin fühlt sich nicht wohl; die Wundstelle schmerzt auf leisen Druck. Prissnitz.

22. VI. 04. Die Schmerzen in der Wunde lebhafter; Breiumschläge. Gestern Abend Temperatur-Steigerung.

25. VI. 04. Die Infiltration ziemlich weich, Wundstelle recht schmerzhaft bei Berührung.

24. VI. 04. Heute Nacht ziemlicher Abgang dünnflüssigen Eiters aus der Wunde. Temperatur-Abfall. Auf leisen Druck quillt etwas Eiter aus der Nahtstelle. In der Mitte stumpfe Dilatation der Wunde.

1. VII. 04. Die Wunde sezerniert ziemlich stark; es stossen sich öfters kleine Fetzen ab.

3. VII. 04. Sekretion seit einigen Tagen gering. Infiltration noch vorhanden. Ausser Bett. Wundkanal klein.

7. VII. 04. Sekretion heilt aus, doch Schmerzen in der Wundgegend.

15. VII. 04. Heissluft-Behandlung. Die Schmerzen im Bereich der Wunde lassen nach; fast gar keine Sekretion mehr.

20. VII. 04. Hautschnitt völlig geheilt. Die Narbe erscheint als eine tiefe Furche. Kleines Becken vollkommen frei. Uterus anteflektiert, der Bauchwand angelehnt.

22. VII 04. Wunde völlig geschlossen; keinerlei Schmerzhaftigkeit.

14. IX 04. Die Bauchnarbe fest und glatt, jedoch etwas blutiger Auswurf; Portio weit nach hinten, durchaus normal. Uterus anteflektiert, gut beweglich, nicht vergrössert, Anhänge vollkommen frei. Bei Sondierung im Uterus nichts besonderes zu fühlen. Patientin gibt an, seit Entlassung sehr häufig Blutabgang gehabt zu haben. Diesbezügliche Behandlung.

24. IX. 04. Patientin klagt über Kopfschmerzen und Schmerzen im Leibe. Status der gleiche. Massage der Kreuzbeingegend.

7. Fall.

R. Maria, 28 Jahre alt, Bauerstochter.

16. III. 04. Erste Menstruation mit 14 Jahren, immer regelmässig alle 4 Wochen 5 bis 6 Tage dauernd, Schmerzen im Anfang. Keine Geburt. Patientin will angeblich seit einem Jahr alle 3 Wochen und in letzter Zeit alle 14 Tage die Periode bekommen haben, 4 bis 5 Tage dauernd; vorher und während der Periode starke Schmerzen. Ausfluss bestehend seit einem Jahre.

Status präsens: Scheide mässig weit, Portio dicht hinter der Symphyse nach vorne gerichtet, Uterus retroflektiert, etwas nach links verlagert, anscheinend nicht vergrössert; von den Adnexen nichts deutlich durchzufühlen.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

22. III. 04. Operation: Nach der von Hofmeier angegebenen Methode wurde Patientin operiert. Hiebei zeigte sich, dass der Uterus mit den Adnexen auf das festeste verwachsen war. Beim Lösen des Uterus platzte eine Cyste in dem vergrösserten Ovarium und entleerte ein gelbes, etwa hühnereigrosses Blutgerinsel. Sonst bietet Operation nichts besonderes. Abends ziemlich heftige Schmerzen im Leib. Wasserlassen spontan.

23. III. 04. Ziemlich ruhige Nacht; Nachlassen der Schmerzen. Seit heute geringer Blutabgang. Menstruation. Wasserlassen spontan.

24. III. 04. Subjektives Wohlbefinden. Menstruation ohne Beschwerden.

25. III. 04. Blutung hört auf.

27. III. 04. Subjektives Wohlbefinden, keinerlei Schmerzen ohne Beschwerden.

1. IV. 04. Verbandwechsel; Wunde p. p. geheilt.

7. IV. 04. Ausser Bett; vollständiges Wohlbefinden.

12. IV. 04. Patientin entlassen; sieht blühend aus. Bauchwunde lineär und fest, Uterus liegt gut anteflektiert der Bauchwand dicht an.

22. X. 04. Wieder vorgestellt. Menstruation normal, ohne Beschwerden; ebenso Urinentleerung. Uterus liegt vollständig anteflektiert, leicht beweglich, sehr weitgehend verschieblich. Die linken Adnexe etwas verdickt, das linke Ovarium scheint etwas vergrössert fixiert, rechts normal. Bauchwunde vollkommen lineär, absolut fest. Stuhlgang normal. Patientin zur Zeit ohne jegliche Beschwerden.

8. Fall.

R. Babette, 33 Jahre, Taglöhnersfrau.

15. III. 04. 3 Geburten, letzte Geburt vor 3 Jahren. Erste Menses seit 14 Jahren, stets regelmässsig alle 4 Wochen 5 bis 6 Tage dauernd. Patientin will vor 3 Jahren gefallen sein und seit dieser Zeit im Kreuz und Leib Schmerzen haben, die fortwährend bestehen.

Status präsens: Scheide mässig weit, Portio dicht hinter der Symphyse, Uterus wenig vergrössert, retroflektiert, lässt sich mit der Sonde nicht aufrichten, fixiert; an den Adnexen beiderseits nichts besonderes.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

18. III. 04. Operation: Die Operation wurde nach der von Hofmeier angegebenen Methode ausgeführt. Während der Operation ein Herzklaps und Stillstand der Atmung. Nach der Operation ein Erbrechen; Puls regelmässig und kräftig. Wasserlassen auf Injektion von Borclyzerin $^1/_2$ Stunde später.

19. III. 04. Subjektives Wohlbefinden, keine Schmerzen.

23. III. 04. Unverändert.

27. III. 04. Verbandwechsel; Bauchschnitt p. p. geheilt.

3. IV. 04. Ausser Bett; wird gut vertragen.

7. IV. 04. Geheilt entlassen.

Status: Bauchnarbe lineär, Uterus liegt in normaler Anteflexion der Bauchwand dicht an; kleines Becken frei.

21. X. 04. Wieder vorgestellt. Patientin klagt über dumpfe Schmerzen im Unterleib; schwere Arbeit unmöglich. Nach der Operation Periode ganz regelmässig.

Status präsens: Uterus etwas gross, liegt in leichter Retroversion vollkommen frei beweglich, lässt sich leicht

in Anteflexion bringen. Adnexe anscheinend frei, Bauchnarbe glatt. Einführung eines Hodge-Pessar. Patientin fühlt sich darauf wohl.

9. Fall.

F. Dorothea, 34 Jahre alt, Bauersfrau.

1. III. 04. 2 Geburten, vor 8 Jahren Zwillingsgeburt normal. Vor 10 Jahren Abort im 5. Monat. Zu Beginn und am Ende der Periode starke Schmerzen. Seit 8 Jahren sollen Schmerzen im Kreuz und im Unterleib bestehen, die in letzter Zeit unerträglich geworden sind.

Status: Scheide mässig weit, ziemlich schlaff, Portio steht dicht hinter der Symphyse; Uterus etwas gross, in Retroflektionsstellung, anscheinend hinten fixiert. Adnexe beiderseits frei. Uterus lässt sich mit der Sonde nicht aufrichten; starke Empfindlichkeit im Douglas. Da die Beschwerden nach 6tägiger Beobachtung sicher als von der Retroflexio herrührend erkannt werden, wird die Lösung und Ventrifixur des Uterus in Aussicht genommen.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

8. III. 04. Bei der nach Hofmeier vorgenommenen Operation zeigte sich der Uterus und die Adnexe in ausgedehntester Weise mit dem Peritoneum der Rückwand des kleinen Beckens verbunden. Die Verwachsungen waren äusserst schwierig zu lösen. Sonst verlief Operation und Narkose gut. Wasserlassen spontan.

9. III. 04. Subjektives Wohlbefinden.

13. III. 04. Befinden unverändert.

17. III. 04. Verbandwechsel, Bauchwunde p. p. geheilt.

22. III. 04. Ausser Bett; wird gut vertragen.

28. III. 04. Geheilt entlassen. Uterus liegt den den Bauchdecken dicht an. Kleines Becken frei.

22. X. 04. Wieder vorgestellt. Bei schwerem Heben Kreuzschmerzen. Bauchnarbe vollkommen lineär und fest; Uterus vollkommen anteflektiert, mit dem Fundus der Bauchwand gut anliegend, aber frei beweglich. Adnexe vollkommen frei. Menstruation regelmässig. Sonst befindet sich Patientin wohl.

10. Fall.

W. Helene, 40 Jahre alt, Fabrikantensgattin.

Anamnese: War mir nicht zugänglich.

Status: Portio steht nach vorne, Uterus liegt retroflektiert, etwas gross, wenig beweglich; an den Adnexen nichts mit Sicherheit durchzufühlen. Aufrichtungsversuche mit der Sonde unmöglich; sehr schmerzhaft.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

Operation nach Hofmeier. Uterus und Adnexe vollständig mit dem kleinen Becken verwachsen. Das rechte Ovarium hühnereigross, cystisch, platzt beim Lösen nach der Operation. In den beiden nächsten Tagen heftige Schmerzen. Im übrigen glatter Verlauf.

5. III. 04. Verbandwechsel; Wunde p. p. geheilt.

10. III. 04. Ausser Bett.

25. III. 04. Als vollständig geheilt entlassen. Subjektive Beschwerden geschwunden.

11. Fall.

R. Klara, 47 Jahre alt, Heizers-Witwe.

9. II. 04. Die Patientin suchte im Jahre 1900 die hiesige Klinik wegen der aus Retroflexion des Uterus entstandenen Beschwerden auf und wurde mit Pessar

entlassen. Ein Jahr nach der Entlassung wieder Druck auf den Darm, wieder Schmerzen bei der Periode. Menses regelmässig alle 4 Wochen 2 Tage dauernd, angeblich stark blutend. Vor 8 Tagen mehrmals Erbrechen und Unterleibsschmerzen. Kommt wegen Beschwerden auf den Darm. Ring wurde bis vor 3 Jahren getragen.

Status: Scheide ziemlich weit, Portio ziemlich tief, dicht hinter der Symphyse nach vorne gerichtet. Innerer Muttermund für einen Finger durchgängig. Uterus wenig vergrössert, hart, wenig beweglich, stark retroflektiert, nach hinten fixiert. An den Adnexen nichts besonderes.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

Operation: nach der in hiesiger Klinik üblichen Weise. Lösung des verwachsenen Uterus sehr mühsam; Abends starke Schmerzen. Wasserlassen erst auf Injektion von Borglyzerin nach 10 Minuten spontan.

16. II. 04. Beträchtliche Schmerzen. Wasserlassen spontan.

17. II. 04. Eintritt der Menses; mässige Schmerzen, geringe Blutung.

22. II. 04. Menses haben aufgehört.

24. II. 04. Verbandwechsel; Wunde p. p. geheilt.

1. III. 04. Ausser Bett; wird gut vertragen.

6. III. 04. Entlassung. Uterus in guter Anteflexionslage. Bauchnarbe lineär geheilt.

15. X. 04. Wieder vorgestellt. Narbe in der Linea alba vollkommen fest, etwas breit und stark pigmentiert. Fundus uteri liegt gut daumenbreit oberhalb der Symphyse. Uterus im ganzen leicht und gut beweglich, Anhänge vollkommen frei; kleines Becken vollständig frei. Seit 2 Monaten Schmerzen in der Magengegend und Übelsein. Rechts ausgesprochene

Wanderniere. Menses 2 Tage dauernd, geringe Blutung; Stuhlgang träge.

12. Fall.

W. Sophie, 39 Jahre alt, Schutzmannswitwe.

22. I. 05. 5 Geburten, zuletzt vor 5 Jahren. Erste Periode mit 15 Jahren regelmässig, beschwerdefrei, zuletzt vor 3 Wochen. Patientin war seit längerer Zeit in ambulanter Behandlung, hatte über viel Obstipation, ständiges Übelsein und zeitweise Kreuzschmerzen zu klagen.

Status präsens: Uterus liegt völlig retroflektiert, ist gross, lässt sich etwas verschieben aber nicht aufrichten. Jeder Versuch der Bewegung ausserordentlich empfindlich, dabei spannen sich sehr deutlich Stränge im Douglas; die Anhänge scheinen im wesentlichen normal.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

24. I. 05. Operation wie hier üblich. Patientin musste am 1. und 2. Tag katherisiert werden, dann spontanes Wasserlassen; keine Beschwerden.

2. II. 05. Völlig reaktionsloser Verlauf. Verbandwechsel; Wunde p. p. geheilt.

7. II. 05. Ausser Bett, gut vertragen.

13. II. 05. Entlassung. Narbe tadellos. Uterus liegt fest der Bauchwand an. Patientin ohne subjektive Klage.

13. Fall.

M. Karoline, 29 Jahre alt, Gastwirtsfrau.

7. I. 05. Keine Geburt. Seit $1^1/_4$ Jahr verheiratet. Erste Periode mit 18 Jahren, sehr schwach, 3 bis 4 Wochen im ganzen regelmässig 1 bis 2 Tage dauernd. Stets

Schmerzen vorher und am ersten Tage im Kreuz und links. Letzte Periode am 1. Januar 1905. Patientin kommt wegen der Menstruationsbeschwerden. Seit 3 Wochen stärkere Kreuzschmerzen. Früher nie ernstlich krank, Appetitlosigkeit, Nervosität.

Status präsens: Scheide ziemlich eng, Portio nach vorne, vordere Lippe sehr verkürzt. Muttermund klein; Uterus liegt retroflektiert. Jeder Versuch der Bewegung ausserordentlich empfindlich obgleich der Uterus nicht vollkommen fest liegt. Leib etwas gespannt, bei vorsichtigem Versuch der Aufrichtung mit der Sonde ergibt sich links entschiedener Widerstand. Uterus lässt sich nicht völlig aufrichten. Sehr robuste, fettreiche Frau, sehr ängstlich. Cornealreflex fehlt, ebenso Gaumenreflex fast vollständig.

9. I. 05. Untersuchung in Narkose ergibt ziemlich den gleichen Befund. Uterus lässt sich etwas aufrichten, fällt aber sofort wieder zurück. Links augenscheinlicher Widerstand. Bei Untersuchung per Rectum fühlt man auch links strangartige Verdickungen, die auch in halber Narkose äusserst empfindlich sind.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

12. I. 05. Operation nach Hofmeier. Die Operation ergab, dass der Uterus auf der linken Seite und hinten durch straffe, schwer zerreissliche Pseudomembranen fixiert war. Die Operation verlief ohne Beschwerden. Wasserlassen normal; keine besonderen Schmerzen.

15. I. 05. Auf Öl reichlich Stuhlgang.

22. I. 05. Wunde p. p. geheilt.

27. I. 05. Drähte entfernt.

28. I. 05. Ausser Bett; völlig reaktionsloser Verlauf.

3. II. 05. Bauchwunde fest und glatt, in der Mitte eine erbsengrosse granulierende Stelle. Uterus liegt vollständig normal 3 Querfinger breit oberhalb der Symphyse der Bauchwand an. Nirgends empfindliche Stelle; Becken vollkommen frei.

5. II. 05. Patientin wird entlassen; fühlt sich z. Zt. ohne jegliche subjektive Beschwerden.

14. Fall.

Pf. Maria, 31 Jahre alt, Fabrikarbeitersfrau.

11. IV. 05. 3 Schwangerschaften, die zwei ersten Geburten ganz normal, bei der dritten Schwangerschaft Abort in der 6. bis 7. Woche am 19. II. 05. Am 21. III. 05 trat Blutung wieder auf, ca. 3 bis 4 Tage. Seit dem Abort klagt Patientin über Schmerzen im Unterleib, die beständig andauern. Stuhlgang und Wasserlassen normal.

Status: Introitus und Vagina mässig weit, Scheidenschleimhaut normal, geringes Ektropium; Portio steht nahe Scheideneingang, sieht nach vorne; im Douglas hinten eine Resistenz fühlbar. Der retroflektierte Uterus nicht vergrössert, Sonde gleitet 7 cm ein. Uterus lässt sich in Anteflexion bringen. Aufrichtung mässig empfindlich. Dem linken Scheidengewölbe anliegend ein pflaumengrosser weicher Körper (Ovarium). Die beiden Douglas'schen Falten, besonders links ziemlich stark empfindlich. Linke Tube verdickt.

Ordination: Heisse Scheidenausspülung; Prissnitz.

18. IV. 05. Schmerzen etwas zurückgegangen.

26. IV. 05. Uterus lässt sich ohne stärkere Empfindlichkeit aus dem kleinen Becken hervorheben.

Bei Untersuchung nur wenig empfindlich. Einlegung von Hodgepessar, der nicht vertragen wird.

3. V. 05. Operation nach Hofmeier. Bei der nach Hofmeier ausgeführten Operation zeigte es sich, dass der Uterus durch mehrere Stränge im Douglas'schen Raum fixiert war. Diese wurden durchtrennt; die Operation verlief sonst glatt.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

6.—10. V. 05. Menses ohne besondere Beschwerden. Rekonvaleszenz gut.

12. V. 05. Wunde p. p. geheilt.

17. V. 05. Ausser Bett, wird gut vertragen.

22. V. 05. Bauchwunde gut verheilt; Uterus liegt vollständig normal anteflektiert, gut beweglich. Patientin ohne subjektive Beschwerden.

15. Fall.

Frl. v. Z.

18. III. 05. Anamnese: fehlt.

Status: Mässige fettreiche Person. Scheide sehr eng; Hymen erhalten. Portio steht weit nach vorne, gross; Uterus tief retroflektiert, ebenfalls gross. Palpation und Versuch der Aufrichtung sehr empfindlich, besonders nach der rechten Seite hinüber. In Narkose lässt sich Uterus mit der Sonde aufrichten, hat aber eine ausgesprochene Neigung nach links herüber zu fallen. Versuche, mit Thomaspessar die Lage zu korrigieren, erweisen sich als ergebnislos. Deswegen Operation.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati.

20. III. 05. Operation nach Hofmeier ausgeführt. Nach der Operation starke Schmerzen. Katheterisierung.

21. III. 05. Auch heute katherisiert, Schmerzen, besonders rechts von der Wunde.

23. III. 05. Latus abgegangen. Patientin klagt über reissende Schmerzen rechts; viel Aufstossen. Wasserlassen spontan.

25. III. 05. Stuhlgang.

26. III. 05. Wieder starke Schmerzen rechts, auch bei Seitenlagerung.

29. III. 05. Verbandwechsel, Wunde p. p. geheilt.

4. IV. 05. Patientin klagt in der Gegend der beiden Silkwormnähte über ziehende Schmerzen. Eintritt der Menses.

8. IV. 05. Menses hören auf. Schmerzen gleichstark.

16. IV. 05. Schmerzen lassen nach. Bimanuelle Untersuchung ergibt: dass das Becken frei ist. Uterus liegt gut der Bauchwand an.

28. IV. 05. Entlassung.

15. VI. 05. Patientin stellt sich wieder vor und gibt an, dass später zu Hause die Schmerzen wieder auftraten; Wunde soll aufgebrochen sein. Nach Entfernung eines Fadens soll sie sich wieder geschlossen haben. Sonst keine subjektiven Beschwerden.

III. Gruppe.

16. Fall.

F. Anna, 20 Jahre alt, ledige Hebamme.

27. X. 04. Patientin kommt wegen heftigen Kreuzschmerzen seit ca. 6 Jahren. Erste Periode mit 12 Jahren, früher regelmässig, 2 Jahre lang, kam dann oft schon

alle 14 bis 20 Tage. Schmerzen vor, während und nach der Periode. Letzte Periode 26. X. 04. Menstruationsbeschwerden seit 6 Jahren.

31. X. 04. Status: Scheide ziemlich kurz, nicht eng, Hymen nicht erhalten. Portio ebenfalls kurz. Uterus retroponiert, im ganzen nach links und hinten fixiert; lässt sich mit der Sonde nicht vorbringen. Versuch ohne Narkose sehr empfindlich. Links neben dem Uterus liegt das fixierte linke Ovarium, dessen Berührung auch in Narkose ziemlich schmerzhaft erscheint. Per Rectum Befund ebenso.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati, Hydrosalp. sin.

4. XI. 04. Wurde Ventrifixur nach Hofmeier ausgeführt und die linke Tube exstirpiert. Wasserlassen spontan.

14. XI. 04. Bisher völlig reaktionsloser Heilungsverlauf. Gestern Abend leichte Temperatursteigerung. Verbandwechsel; Wunde vereinigt, Verband jedoch stark durchtränkt. Patientin klagt über Schmerzen im linken Oberschenkel, die bis zum Knie ausstrahlen; leichte Schwellung.

16. XI. 04. Der linke Wundwinkel stark gerötet, sezerniert und zeigt eine kleine klaffende Stelle, aus der auf Druck sich reichlich nekrotische Massen entleeren. Feuchter Verband.

22. XI. 04. Die Wunde hat sich im Laufe der letzten Tage bis zur Hälfte geöffnet und anscheinend ziemlich viel nekrotisierte Faszie geleert. Unter feuchtem Karbolverband schliesst sie sich wieder vollständig, sodass Patientin heute das Bett verlassen kann. Patientin fühlt sich im ganzen wohl, doch klagt sie zeitweise über stechende Schmerzen in der rechten Unterleibseite; Prissnitz gut vertragen.

23. XI. 04. Nach dem gestrigen Aufsein Abends Temperatursteigerung und stärkere Schmerzen rechts. Eisblase. Patientin bleibt für einige Tage zu Bett.

25. – 29. XI. 04. Periode mit leichten abendlichen Temperatursteigerungen, dabei stets Schmerzen rechts.

3. XII. 04. Fieberfrei, keine Schmerzen mehr; ausser Bett; abends leichtes Fieber.

6. XII. 04. Temperatur normal; Wohlbefinden. Heute entlassen.

Status: Bauchnarbe sehr fest, etwas eingezogen; Scheide eng, Portio ziemlich hoch. Uterus anteflektiert, gut beweglich, nirgends empfindlich. Kleines Becken vollkommen frei, linkes Ovarium scheint etwas vergrössert. Patientin fühlt sich zur Zeit wohl.

17. Fall.

K. Margaretha, 39 Jahre alt, Arbeitersfrau, verheiratet seit 12 Jahren.

25. IX. 06. Keine Geburt, kein Abort; Mann soll gesund sein. Vom 1. bis 11. September andauernd starke Blutungen mit nur 1 tägiger Pause und Abgang von Klumpen. Etwa seit $1\,^1/_2$ Jahren Kreuzschmerzen, während der Blutung krampfartige Leibschmerzen. Letzte Menstruation Mitte August zur rechten Zeit, 8 Tage dauernd. Periode sonst regelmässig sehr stark; in letzter Zeit ohne Beschwerden. Erste Menstruation mit 12 Jahren. Im Jahre 1906 wegen unregelmässiger Blutung und Cohabitationsbeschwerden von einer Ärztin in Leipzig behandelt. Häufig Kopfschmerzen, namentlich links. Wasserlassen ohne Beschwerden; Obstipation.

Status: Gesund aussehende kräftige Patientin, die Haut in der Umgebung der grossen Labien, namentlich

rechts gerötet. In der Scheide etwas dünnflüssiges, eitriges Sekret. Die Scheide selbst eng, etwas rauh. Portio steht nach vorne, ziemlich gross und derb. Uterus liegt in stumpfwinkeliger Retroflexion. Aufrichtungsversuch schmerzhaft. Genaue Abtastung der Adnexe durch die straffen Bauchdecken sehr erschwert.

18. IX. 06. Patientin wird auf Wunsch entlassen, da sie mit der vorgeschlagenen Operation nicht einverstanden.

3. X. 06. Patientin tritt wieder ein, will sich operieren lassen.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati Salpingo-oophoritis, Pelveoperitonitis chronica adhäsiva maxima.

4. X. 06. Ventrifixur nach Hofmeier. Lösung der Verwachsung.

13. X. 06. Operation tadellos verlaufen, stets fieberfrei. Wunde p. p. geheilt. Seidenfäden entfernt.

18. X. 06. Ausser Bett.

23. X. 06. Bauchwunde vollkommen lineär. Uterus liegt vollkommen normal hoch der Bauchwand an. Umgebung frei und schmerzlos. Patientin fühlt sich zur Zeit wohl.

18. Fall.

V. Margaretha.

21. III. 07. Die Beschwerden, die in Kreuzschmerzen, Ausfluss, Müdigkeit und Nervosität bestehen, sind trotz Ringbehandlung im Jahre 1906 nicht zurückgegangen und bestehen unverändert fort. Patientin sucht deshalb die hiesige Klinik wieder auf. Periode regelmässig alle 3—4 Wochen; stark.

Status: Uterus in fixierter Retroposition. Douglas empfindlich.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati, Perimetritis, Perisalpingitis et Perioophoritis.

26. III. 07. Cöliotomie, Lösung der Verwachsungen. Ventrifixur nach Hofmeier. Fieberfreier Heilungsverlauf.

27.—31. III. 07. Menses ziemlich stark.

4. IV. 07. Verbandwechsel; Wunde p. p. geheilt.

15. IV. 07. Entlassung. Bauchwunde lineär. Uterus gut anteflektiert, mit dem Fundus der Bauchdecke dicht anliegend. Douglas im kleinen Becken vollkommen frei, unempfindlich.

19. Fall.

Frl. von der B.

26. II. 07. Anamnese nicht vorhanden.

Status: Scheide recht eng, Portio steht nach vorne, vollkommen retroflektiert, etwas gross, federt sofort wieder in die retroflektierte Stellung zurück, sowie er losgelassen wird.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati, Perioophoritis, Perisalpingitis et Perioophoritis, Ovarialcyste.

28. II. 07. Therapie: Cöliotomie, Lösung der Verwachsungen, Salpingo Oophorectomie, Ventrifixur. Fieberfreier Heilungsverlauf.

2.—6. III. 07. Menses.

9. III. 07. Wunde p. p. geheilt.

15. III. 07. Ausser Bett.

17. III. 07. Rechte Inguinaldrüse etwas infiltriert, schmerzhaft; zu Bett, Breiumschläge.

22. III. 07. Wieder auf.

30. III. 07. Entlassung. Uterus in guter Anteflexion, den Bauchdecken gut anliegend. Kleines Becken frei. Patientin fühlt sich zur Zeit wohl.

IV. Gruppe.

20. Fall.

P. Anna, Maria, Bauersfrau, 52 Jahre alt.

15. V. 05. Patientin suchte Anfang dieses Jahres die Klinik wegen Prolapsus und Uretherfistel rechts auf und wurde nach Fistelnaht entlassen. Patientin kommt jetzt wieder mit der Angabe, dass der Urin spontan abläuft; ein Teil kann jedoch zurückbehalten werden.

Status: Aus den äusseren Genitalien hängt ein fast 2 Finger grosser Vorfall. Die vorhängenden Vaginapartieen sind hypertrophisch und ulceriert. Die vordere Scheidenwand vollkommen invertiert, die hintere Scheidenwand ziemlich erschlafft. An der Portio eine grosse halbmondförmige Narbe; an dem linken Ende der Narbe werden einige Seidenfäden entfernt, an dem rechten Ende zeigt sich eine grosse granulierende Stelle, von welcher aus man den Katheter in den rechten Urether hineinschieben kann. Das vordere Scheidengewölbe ist mit der vorderen Lippe vereinigt.

Diagnose: Prolapsus uteri tot. Uretherfistel rechts.

19. V. 05. Es wurde zuerst Fistelnaht ausgeführt und der Vorfall reponiert.

20. VI. 05. Wurde abermals Fistelnaht angelegt; Vorfall etwas zurückgegangen.

4. VII. 05. Fistel geschlossen; zur definitiven Beseitigung des Prolapsus wurde am

20. VII. 05. Ventrifixur nach Ausführung der Colporrhaphie nach Hofmeier mit gutem Erfolge ausgeführt.

28. VII. 05. Bauchwunde p. p. geheilt.

5. VIII. 05. Drähte entfernt. Uterus liegt mit seinem Fundus der Bauchwunde gut an.

7. VIII. 05. Entlassung.

6. V. 06. Patientin stellt sich wieder vor mit der Angabe, sich ganz wohl zu fühlen. Der Befund der Genitalien ist ein sehr guter.

21. Fall.

W. Christine, 40 Jahre alt, Bauersfrau.

23. XI. 05. Seit 1896 merkt Patientin im Anschluss an die zweite Geburt, dass etwas aus der Vulva heraustritt. Der Vorfall wurde immer grösser, weshalb Patientin 1900 die Klinik aufsuchte und operiert wurde. Die Diagnose lautete damals: Retroflexio uteri Desc. vag. ant. Es wurde Colporrhaphie ant. ausgeführt. Ein Jahr nach der Operation merkte Patientin, dass wieder etwas heraustrat und zwar im Laufe der Zeit immer mehr. Kein Ausfluss. Erste Menses mit 13 Jahren regelmässig 4 bis 5 Tage, keine Schmerzen. Letzte Periode vor 10 Tagen. 6 Geburten, alle spontan. Wochenbett normal, mit Ausnahme des 5. Damals, von November bis April im Bett; Fieber. In ärztlicher Behandlung. Auf Incision sehr reichliche Eiterentleerung. Kein Abort; Wasserlassen und Stuhlgang ohne Beschwerden Vor der Vulva liegt ein faustgrosser Tumor, bestehend aus der vorderen total prolapierten Scheidewand und den grössten Teil der hinteren Scheidewand, von der nur

der untere Abschnitt noch in situ ist. Adnexe beiderseits unverändert.

Diagnose: Prolapsus vag. ant. tot., post. partial, Descensus uteri elongation cervicis, Retroflexio uteri mobilis, Cystocele, Hernia inguinalis dextra; Prolapsus reponiert. Heisse Scheidenausspülung.

29. VI. 05. Ziemlich ausgedehnte Colporrhaphia anterior. Zurückraffung der Vesicocele. Dann Colpoperinaeoplastik nach Simon, darauf Ventrifixation nach Hofmeier. Fieberfreier Verlauf.

8. XII. 05. Fäden entfernt.

14. XII. 05. Ausser Bett. Vordere und hintere Colporrhaphie p. p. geheilt, gut anteflektiert. Bauchwunde ebenfalls p. p. geheilt. An Stelle der Inguinalhernie findet man eine derbe Resistenz. Es trat kein Recidiv auf.

22. Fall.

Fräulein G. Emma, 30 Jahre alt, Postverwalterstochter.

3. V. 05. Anamnese: Ist nur zu entnehmen, dass Patientin vom Arzte wegen Knickung der Gebärmutter geschickt worden ist.

Status: Hymen erhalten, Scheide sehr eng; Uterus im ganzen reponiert, tief lagernd, sehr beweglich; kleines Becken sonst frei. Starke Hämorrhoidal-Knoten.

Diagnose: Descensus uteri, Retroversio uteri.

19. V. 05. Ventrifixur nach Hofmeier. Heilungsverlauf ziemlich ungestört.

29. V. 05. Verbandwechsel; Wunde an einzelnen Stellen auseinandergewichen; feuchter Verband.

3. VI. 05. Ausser Bett. Patientin klagt über stechende Schmerzen zu beiden Seiten der Narbe, besonders links, entsprechend den Silkwormnähten.

12. VI. 05. Schmerzen lassen etwas nach.

24. VI. 05. Schmerzen verschwunden; Wunde gut geschlossen.

Status: Bauchnarbe fest verheilt. Uterus anteflektiert, liegt mit Fundus Bauchwunde gut an. Palpation der linken Anhänge ganz schmerzlos. Bei Druck auf die rechte Ovarialgegend etwas Schmerzen, besonders aber in der Gegend zwischen Spina anterior und Nabel. Entlassung. Patientin fühlt sich sehr wohl.

23. Fall.

M. Elise, 27 Jahre alt, ledig, Taglöhnerin.

18. II. 05. 2 Geburten, im Juni 1904 Abortus. Erste Periode mit 19 Jahren, im ganzen regelmässig mit Schmerzen vor der Periode. Letzte Periode vor 8 Tagen. Patientin kommt wegen eines Vorfalles, der seit Juni 1904 bestehen soll. Bekam auswärts Weichgummierung eingelegt. Vorfall bleibt beim Liegen zurück, tritt bei körperlicher Anstrengung hervor.

Status: Scheide weit, vordere und hintere Scheidenwand schlaff. Uterus descentiert, retroflektiert; quergespannter Muttermund.

Diagnose: Prolapsus vaginae, Descensus uteri retroflektiert.

22. II. 05. Wurde Colporrhaphie ant. und posterior ausgeführt und Ventrifixation des Uterus angeschlossen. Nach Operation entstanden lebhafte Schmerzen.

3. III. 05. Verbandwechsel; Wunde p. p. geheilt.

9. III. 05. Ausser Bett.

9—13. III. 05. Periode ohne nennenswerte Beschwerden.

14. III. 05. Bauchwunde lineär geheilt. Uterus liegt etwa 2 Finger oberhalb der Symphyse den Bauchdecken gut an. Scheide eng, gerade für einen Finger durchgängig; Damm vollkommen. Patientin wurde am 15. III. 05 entlassen. Patientin suchte am 9. VII. 06 die Klinik behufs Entbindung wieder auf.

Die Anamnese ergab: 3. Schwangerschaft. Letzte Menstruation 10. September 05. Erste Kindsbewegungen Mitte April 06. Patientin gibt an, dass nach der Operation die Periode nicht mehr so regelmässig war, wie vor derselben, jedoch sei der Verlauf der jetzigen Schwangerschaft ein sehr guter gewesen.

Status präsens: Äussere Untersuchung ergibt: Leib stark aufgetrieben, viel Striae, ungefähr 12 cm lang querverlaufende (handbreit über der Symphyse) Narbe. Innere Untersuchung ergibt: Introitus und Vagina weit, Portio vaginae erhalten, aufgelockert, steht sehr hoch, etwas nach hinten; Kanal cervic. für den Finger durchgängig. Vorliegender Teil: Kopf, beweglich über dem Becken.

Diagnose: Erste Schädellage.

9. VII. 06. Innere Untersuchung: Cervicalkanal verkürzt, äusserer Muttermund Fünfmarkstück gross, Kopf ziemlich im Beckeneingang, kleine Fontanelle links, Pfeilnaht quer verlaufend Die Geburt verlief völlig normal, Wehen sehr gut. Es wurde ein kräftiges Kind innerhalb kurzer Zeit geboren. Wochenbett normal. Untersuchung bei der Entlassung am 17. VII. 06 ergab: Uterus anteflektiert, gut faustgross; aus der Scheide wird ein Stückchen Eihäute entfernt.

24. Fall.

M. Veronika, Gärtnersfrau, 37 Jahre alt.

Patientin suchte im Jahre 1905 die hiesige Klinik auf, da sie an einen starken Vorfall litt und zu gleicher Zeit über grosse Kreuz- und Leibschmerzen zu klagen hatte. Die Schwangerschaftsanzahl betrug damals 7. Die Geburten verliefen alle normal. Die Untersuchung ergab: Prolapsus vaginae anterior et posterior partialis et uteri partialis. Es wurde damals Colporrhaphia anterior, Amputatio portionis, Colpoperinaeoplastik wegen Prolaps und Ventrifixur ausgeführt. Die Patientin wurde dann als geheilt entlassen.

23. IV. 07. Patientin suchte die hiesige Klinik behufs Entbindung wieder auf. Ihre Angabe lautete: Letzte Menstruation am 15 Juli 06. Erste Periode mit 19 Jahren unregelmässig. Die jetzige Schwangerschaft verlief nach Angabe der Kreissenden ohne nennenswerte Beschwerden, jedoch gibt sie an, in den letzten 3 Monaten bei anstrengender Arbeit leicht stechende Schmerzen in der rechten Unterleibsgegend verspürt zu haben. Die Untersuchung ergab: Mittelgrosse Frau in gutem Ernährungs-Zustande und mit gesundem Aussehen, kein Oedem, keine Drüsen, kein Exanthem. Am Hals ist eine grosse Struma wahrzunehmen. Brüste gut entwickelt. Leib ziemlich stark aufgetrieben, kugelig. Bauchdecken etwas schlaff. 7 cm über dem Rand der Symphyse eine querverlaufende tadellos geheilte leicht pigmentierte Narbe.

Innere Untersuchung ergab: Introitus und Vagina weit, Portio vaginae verstrichen. Äusserer Muttermund Fünfmarkstück gross. Vorliegender Teil: Kopf.

Diagnose: Zweite Schädellage.

Die Geburt verlief trotz gut zu nennender Wehen langsam, da die vordere Lippe infolge der ausgeführten Amputatio portionis stark vernarbt war und infolgedessen wenig Dehnungsfähigkeit besass. Die Geburt erfolgte aber trotzdem spontan am 24. IV. 07 Nachmittags $^3/_4$4 Uhr und es wurde ein sehr kräftiges Kind in zweiter Schädellage geboren. Das Wochenbett verlief normal und der Befund bei der Entlassung am 2. V. 07 ergab: Uterus gut faustgross, Fundus liegt der Bauchwand an, wenig beweglich. Adnexe und Parametrium frei.

25. Fall.

M. Frieda, 26 Jahre alt, Bahnassessorsfrau.

18. X. 06. 2 Geburten, beide spontan, Wochenbett ohne Befund, kein Abort. Patentin wurde auswärts schon zweimal operiert. 3 Wochen nach der letzten Operation traten in der rechten Seite des Abdomens krampfartige Schmerzen auf Seitdem wiederholen sich diese Schmerzanfälle sehr häufig mit Pause bis höchstens 14 Tage. Ebenfalls seit der letzten Operation sollen stets vor dem Stuhlgang heftige Schmerzen bestanden haben. Periode unregelmässig alle 2 bis 4 Wochen 5tägig schwach. Krampfartige Leib- und Rückenschmerzen. Letzte Menstruation 4. X. 06. Erste Menses mit 13 Jahren. Von 16 Jahren an wegen Retroflexion Ring, da heftige Schmerzen vorhanden gewesen sein sollen.

Status: Grosse Frau mit leidendem Gesichtsausdruck. In der Linea alba von der Symphyse bis zum Nabel eine ziemlich grosse, tief eingezogene breite Narbe. Bei Druck auf die Bauchdecken werden lebhafte Schmerzen, besonders in der rechten Seite geklagt.

Uterus im ganzen sehr hoch stehend, liegt der vorderen Bauchwand fast ganz an, am unteren Teil beweglich unten fixiert. Mit Rücksicht auf die fortwährend sich widerholenden heftigen Schmerzanfälle, die nur durch grosse Gaben Morphium zu beruhigen sind, wird die Eröffnung der Bauchhöhle beschlossen, um eventuelle Verwachsungen zu lösen.

Diagnose: Adhäsion multiplic. dolores maximi, degeneratio cystica ovarii sin.

25. X. 06. Wurde Cöliotomie tertia, Lösung der Verwachsungen, Ovariotomie tex. et sin. und Ventrifixur uteri ausgeführt.

30. X. 06. Die vor der Operation ausserordentlich heftigen krampfartigen Leib- und Magenschmerzen wiederholen sich in unveränderter Stärke nur noch einmal am 9. Tage p. o. und sind von da an entgiltig verschwunden.

3. XI. 06. Verbandwechsel. Der untere Teil der Wunde klafft etwas; unbedeutendes eitriges Sekret; Carbolverband.

4. XI. 06. Am unteren Wundrande eine wallnussgrosse, klaffende Stelle, stark sezernierend.

5. XI. 06. Heute auch in dem vorderen Wunddrittel eitriges Sekret.

6. XI. 06. Täglich Auswaschen und Verband mit Perhydrol. Die ziemlich reichliche Sekretion nimmt allmählich ab.

13. XI. 06. Sekretion sehr gering. Granulationen. Ausser Bett.

16. XI. 06. 3 sehr schmerzhafte Furunkeln am Mons veneris werden injizidiert.

24. XI. 06. Kein Sekret mehr; Wunde fast zu granuliert.

27. XI. 06. Entlassung. Allgemeines Wohlbefinden. Uterus in guter Lage, beweglich, Umgebung frei.

26. Fall.

M. Philippine, 44 Jahre alt, Landwirtsfrau.

30. VII. 06. 4 Geburten; letzte Geburt vor 8 Jahren. Erste und zweite Geburt Zangengeburten. Dritte und vierte spontan. Erstes Wochenbett febril, 4 Wochen zu Bett; die andern ungestört. Kein Abort. Seit der zweiten Entbindung vor 10 Jahren bemerkt Patientin, dass etwas aus der Scheide hervorkommt. Seit der letzten Geburt ist der Vorfall wesentlich grösser geworden. Vor 4 Jahren vergeblich mit Ring zurückzuhalten versucht. Seit 5 Monaten ziemlich starker, weisser Ausfluss alle 4 Wochen bis 10 Tage dauernd. Seit 5 Monaten wesentlich stärker als früher. Letzte Periode vor 14 Tagen. Sonst Periode immer regelmässig; Wasserlassen und Stuhlgang normal.

Status: Vulva stark klaffend. Alter, bis zum Darm reichender Dammriss; vor der Vulva ein kleiner, faustgrosser Tumor; auf seiner Kuppe der äussere Muttermund, auf der hinteren Lippe ein Markstück grosses Ulcus. Die vordere Scheidenwand lst vollkommen prolapiert, von der hinteren ist das untere Drittel in situ. Der Uterus ist teilweise prolapiert, liegt in mässiger Retroflexion. Die Cervix schlank verlängert, die Sonde dringt 10 cm nach hinten ein, die Blase reicht bis knapp in die Mitte der vorderen Wand, der allergrösste Teil ist in situ. Kleine Rectocele. Urin klar, eiweissfrei.

Diagnose: Prolapsus vaginae anterior totalis, Retroflexio uteri, Cystocele, Prolapsus vag. post. partialis.

31. VII. 06. Wurde Amputatio labii post. Colporrhaphia ant. Colpoperinaeoplastik, Cöliotomie und Ventrifixur ausgeführt.

Am 2. und 12. Tag p. o. 38,0: sonst fieberfrei.

10. VIII. 06. Verbandwechsel; Wunde p p. geheilt. Seidenfäden entfernt.

17. VIII. 06. Ausser Bett.

21. VIII. 06. Bauchwunde primär geheilt. Uterus liegt anteflektiert, beweglich; vordere und hintere Plastik p. p. geheilt. Kleines Becken frei.

23. VIII. 06. Entlassung. Subjektives Befinden sehr gut.

27. Fall.

H. A., 54 Jahre alt, ledig, Bauerstochter. Keine Geburt, kein Abort.

10. VII. 06. Seit 3 Jahren merkt Patientin Stärkerwerden des Leibes, im letzten Jahre besonders schnell. Starke ziehende Schmerzen in beiden Seiten, namentlich links. Menopause seit 9 Jahren. Erste Menses mit 17 Jahren, regelmässig ohne Beschwerden. Nie ernstlich krank. Häufiger Harndrang.

Status: Leib gleichmässig aufgetrieben durch einen prall cystischen etwa mannskopfgrossen beweglichen unempfindlichen Tumor, von dem man per vag. gerade die untere Kuppe erreicht. Scheide eng, Portio virginale; Uterus bimanuell nicht zu tasten.

Diagnose: Cyst. parovar. sin. degeneratio cyst. ovar. dex.

13. VII. 06. Wurde Cöliotomie, Ovariotomie duplex und Ventrifixur ausgeführt. Am ersten Abend 38,0,

sonst fieberfrei. Patientin muss 8 Tage lang katheterisiert werden.

22. VII. 06. Verbandwechsel. Silkwormfäden entfernt. Heilung p. p.

27. VII. 06. Ausser Bett.

30. VII. 06. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus liegt anteflektiert den Bauchdecken dicht an. Kleines Becken frei.

1. VIII. 06. Entlassung. Subjektives Wohlbefinden.

28. Fall.

St. Regina, 43 Jahre alt, Schmiedsfrau.

9. VII. 06. 7 Geburten, letzte April 1905; alle spontan, Wochenbett normal. Seit der ersten Geburt 1891 Vorfall allmählich grösser geworden, durch Ring zurückgehalten bis vor einem Jahr. Gelber Fluor. Seit Entfernung des Ringes besser. Periode ungestört regelmässig alle 4 Wochen ohne Beschwerden. Letzte Menses 6. Juli 1906. Wasserlassen ohne Befund; Obstipation.

Diagnose: Prolapsus vag. anter. et uteri totalis, post. partialis.

12. VII. 06. Operation in Lumbalanästhesie. Amputatio portionis, Colporrhaphia ant. Colpoperinaeoplastik, Ventrifixatio uteri. Wiederholt Temperatursteigerung p. o.

20. VII. 06. Verbandwechsel; p. p.

22. VII. 06. Silkwormfäden entfernt.

3. VIII. 06. Die Colporrhaphiennarbe sehr gut verheilt. Uterus liegt den Bauchdecken gut an, gut beweglich. Kein Exudat. Patientin entlassen; ohne subjektive Beschwerden.

29. Fall.

Sch. Christine, 59 Jahre alt, Bauersfrau.

3 Geburten, letzte vor 31 Jahren, alle normal; kein Abort. Menopause seit 17 Jahren. Seit 4 Wochen Blutungen in wechselnder Stärke; keine Schmerzen, kein Ausfluss, keine Abmagerung. Beim Bücken leichte Schmerzen im Unterleib. Seit 14 Tagen merkt Patientin, dass der Leib stärker wird. Vorher die Perioden stets regelmässig.

Die Untersuchung ergab: Cystom. ovar. sin., myoma uteri, Polyp cervic.

1. IV. 06. Wurde der Polyp entfernt; Cöliotomie, Ovariotomie und Ventrifixur des Uterus ausgeführt. Fieberfreier Heilungsverlauf.

11. IV. 06. Verbandwechsel; Fäden entfernt; p. p. geheilt.

17. IV. 06. Ausser Bett.

19. IV. 06. Bauchwunde gut geheilt. Uterus liegt der vorderen Bauchwand dicht an, kleinfaustgross. Kleines Becken frei.

24. IV. 06. Wird Patientin entlassen. Subjektives Wohlbefinden.

30. Fall.

H. Franziska, 32 Jahre alt, Bauersfrau.

21. III. 06. 5 Geburten; letzte 1905. Die ersten 3 normal, vierte Zangengeburt, fünfte Wendung und Extraktion. Kein Abort. Wochenbetten normal. Seit der ersten Geburt 1899 bemerkt Patientin, dass etwas aus der Scheide heraustritt, allmählich grösser werdend,

namentlich nach der vierten Geburt. Wiederholt mit Ring behandelt, auch in der Klinik, jedoch vergebens. Bei der Periode sehr starke Schmerzen. Die Untersuchung ergab: Prolaps. vag. ant. et post. partialis, Retroflexio uteri mobilis.

23. III. 06. Wurde Colporrhaphia ant. et post. Cöliotomie, Ventrifixur ausgeführt. Fieberfreier Heilungsverlauf.

2. IV. 06. Verbandwechsel; p. p. geheilt: Seidenfäden entfernt.

8. IV. 06. Ausser Bett.

13. IV. 06. Bauchwunde lineär; Scheidenplastik p. p. geheilt. Uterus der Bauchwand gut anliegend, gut beweglich. Kleines Becken frei.

14. V. 06. Wohlbefinden. Uterus etwas grösser, weich, in guter Lage; Menses.

31. Fall.

F. Sabina, 19 Jahre alt, Stütze der Hausfrau.

10. I. 07. Die Angaben der Patientin ergeben, dass trotz der in der Klinik vom 20. VIII. 1906 bis 2. XI. 1906 konservativ ausgeführten Behandlung die Schmerzen weiter bestehen, sodass Patientin zeitweise zu Bett liegen muss. Fieber.

Die Untersuchung ergab: Pelveoperitonitis chronica adhäsiva maxima, Perisalpingitis et Perioophoritis dupl. Salpingo oophoritis chronica sinistra.

24. I. 07. Es wurde Cöliotomie, Solutioadhäsion, Salpingotomie dex., Ventrifixur uteri und Drainage ausgeführt. Fieberfreier Heilungsverlauf.

25. I. 07. Verbandwechsel. Verband ziemlich reichlich durchtränkt.

27. I. 07. Noch bedeutende Sekretion.

28. I. 07. Drainrohr entfernt.

3. II. 07. Bauchwunde p. p. geheilt. Drähte entfernt.

10. II. 07. Ausser Bett.

13. II. 07. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus anteflektiert, gut beweglich. Kleines Becken vollkommen frei.

18. II. 07. In der linken Seite auf Druck etwas Schmerzen. Entlassung.

32. Fall.

R. Maria, 35 Jahre alt, ledig, Büglerin.

26. II. 07. 3 Geburten spontan. Wochenbett ohne Befund. Kein Abort. Im zweiten Wochenbett 1897 soll Vorfall entstanden sein, der durch Passar bis jetzt gut zurückgehalten wurde; seit einigen Monaten jedoch nicht mehr. Leib- und Kreuzschmerzen, starker gelber Fluor. Periode unregelmässig, mit starken Schmerzen verbunden. Wasserlassen und Stuhlgang ohne Befund.

Die Untersuchung ergab: Erschlaffung der Bauchdecken; Prolapsus vag. ant. total., Uterus rektoflexiert Ruptura cervix dupl., Cystocele.

28. II. 07. Operation: Amputatio portionis, Emmet dupl. Colporrhaphia ant. Colpoperinaeoplastik, Cöliotomie, Ventrifixur. Fieberfreier Heilungsverlauf.

11. III. 07. Fäden entfernt.

15. III. 07. Wunde p. p. geheilt.

25. III. 07. Ausser Bett.

29. III. 07. Heilung p. p.; Corpus uteri liegt der Bauchwand etwa 3 Finger oberhalb der Symphyse gut an. Plastische Operationen ebenfalls p. p. geheilt.

Unterwerfen wir die in der hiesigen Klinik operierten 32 Fälle einer kritischen Beleuchtung, so müssen wir im vollen Masse aufrecht erhalten, dass alle Operationen jeglicher Anforderung, die wir an eine Operation stellen, gerecht werden. Vor allem wurde durch die Operation das Leben keiner Patientin gefährdet, denn wir haben keinen Todesfall zu verzeichnen und auch der Gesundheitszustand der operierten Patientinnen wurde durch die Operation nicht verschlimmert. Was die andere Anforderung an die Operation anbelangt, dass die Lage-Anomalie des Uterus wirklich definitiv beseitigt wird, so ist auch hierin ein durchaus befriedigendes Resultat zu finden. In Fall 8 war nachträglich eine leichte Retroversionsstellung wieder eingetreten, jedoch liess sich der Uterus leicht in Anteflexion bringen und konnte durch Pessar in dieser Stellung gehalten werden. Bei allen anderen Operationen war ein durchaus befriedigendes Resultat festzustellen.

Durch die Operation wurden auch ferner die subjektiven Klagen der Patientinnen in weitaus der grösseren Mehrzahl der Fälle völlig beseitigt. In Fall 9 traten nach der Operation leichte parametrische Schmerzen auf, wie ebenso in Fall 22 nach der Operation noch die oophoritischen Schmerzen weiter bestanden. Dass auch hier die subjektiven Beschwerden nicht völlig beseitigt wurden, kann der Operation nicht zur Last gelegt werden, da es sich in beiden Fällen ja nur um alte, entzündliche Prozesse gehandelt hatte.

Auch Fall 11 suchte wegen weiter bestehender Schmerzen die Klinik wieder auf, jedoch stellte sich auch bei näherer Untersuchung hier heraus, dass das Resultat der Operation ein durchaus glänzendes war

und dass die subjektiven Klagen der Patientin auf Wanderniere beruhten.

Es wurde in der ganzen Arbeit ein Punkt nicht berücksichtigt, nämlich der, wie verhält sich die Ventrifixur zur später eintretenden Schwangerschaft und Geburt und gerade dieser Punkt ist es, den die Gegner hauptsächlich in's Feld führen.

Von Seiten der Gegner der Ventrifixur wird stets behauptet, dass es nach ausgeführter Operation zu Störungen während der Schwangerschaft und zu schweren Geburts-Anomalien kommen würde. Der Uterus könne sich wegen der Fixation nicht recht entwickeln, die Beschwerden und Schmerzen während der Schwangerschaft besonders die Schmerzen an der Fixationsstelle, seien so gross, dass Arbeitsunfähigkeit eintreten würde. Es würde ferner leicht Ruptur des kreissenden Uterus eintreten, Querlagen seien keine Seltenheit, die schwerste aller Geburtsoperationen, Sectio caesarea, müsste zu oft ausgeführt werden. Durch all diese Punkte wurde Lynch zu dem Urteil verleitet, dass der Weg der Ventrifixur zu verlassen sei. Und stellen wir die Frage, ob wirklich die Ventrifixur an diesen gewiss schädlichen Folgen Schuld sei, so müssen wir mit einem ehrlichen „Nein“ antworten. Gewiss diese Schwangerschaftsbeschwerden — die Literatur beweist es ja — können und sind eingetreten, wenn bei der Operation ein technischer Fehler gemacht worden ist, wenn dass Wort Fixation in seiner tiefsten Bedeutung aufgefasst wurde, d. h. wenn der Uterus wirklich in grosser Ausdehnung an die vordere Bauchwand angeheftet worden ist.

Betrachten wir nun zuerst die Literatur, auf deren Grund die Gegner zu dem abfälligen Urteil gekommen sind.

Stone übermittelt uns 49 Geburten, wo 2mal Sectio caesarea ausgeführt werden musste.

Maly berichtet über 2 Ventrifixuren, die eine der Frauen kam 2mal, die andere 4mal nieder; stets kam es zu pathologischen Geburten und 4 Kinder starben während der Geburt.

Kissler berichtet über einen Fall von Uterus-Ruptur, fügt jedoch gleich hinzu, dass die Operation falsch ausgeführt worden sei.

Dickinson berichtet über 1 Geburt, die 2 Jahre nach ausgeführter Operation eintrat, bei welcher jedoch die Geburt nicht vorwärts ging, wegen eines starken Adhäsionsstranges an der vorderen Wand des Uterus. Dieser Strang wurde nach Laparotomie durchtrennt, worauf glatte Geburt erfolgte.

Holmes überliefert der Literater 1 Fall von Geburt nach Ventrifixur, wo infolge der Fixation eine Kopfschulterlage eingetreten sei, die nur mit sehr schwieriger Wendung beseitigt werden konnte. Dieser eine Fall gibt ihm Veranlassung vor der Ventrifixur zu warnen.

Staude musste wegen hochstehendem Cervix und drohender Ruptur der Bauchnarbe über den kreissenden Uterus die Sectio caesarea ausführen. Es wurde hiebei gefunden, dass der Uterus an der vorderen Bauchwand fest fixiert war, sodass der Uterus abgelöst werden musste. Er will auch früher schon nach Ventrifixur schwere Geburten gesehen haben.

Bröse berichtet gleichfalls über eine Sectio caesarea nach Ventrifixur, wo der Uterus durch einen Strang um seine Axe gedreht und mit der linken Kante nach unten und vorne gezogen war, fügt jedoch gleich-

falls hinzu, dass die Ventrifixur nicht regelmässig ausgeführt worden war.

Smith berichtet über 148 Fälle, wovon 36 mal störende Schmerzen, Aborte oder gestörter Geburtsverlauf zu verzeichnen gewesen wäre.

Noble berichtet über 43 Geburten, darunter 3 mal Zange und 2 mal Retentio placentae.

Bidone überliefert der Literatur 6 Fälle, worunter bei einer Frau 2 mal bei einer anderen Frau 1 mal Sectio caesarea, bei der dritten Frau Auslösung der Nachgeburt, bei der vierten Frau Hysterectomie ausgeführt werden musste. 2 mal erfolgte normale Geburt.

Diesen gewiss nicht glänzenden Erfolgen stehen jedoch in der Literatur auch andere Berichte gegenüber. So berichtet Lockhardt über 6 Geburten ohne Störungen und v. Guérard hatte bei 57 Geburten nach ausgeführter Operation keine Störungen zu verzeichnen.

Odebrecht berichtet über 18 Schwangerschaften und Geburten, die alle glatten Verlauf nahmen.

Miländer berichtet über 74 Graviditäten nach Ventrifixur, bei denen 54 mal rechtzeitige und glatte Geburt erfolgte.

Wegri gibt 5 Geburten nach Ventrifixur mit gutem Erfolge bekannt.

Hofmeier berichtet über 11 Geburten, bei welchen nur 1 mal operativ eingegriffen werden musste.

Seegert stellt 40 Schwangerschaften und Geburten aus der Literatur zusammen, bei welchen stets Geburts-Anomalien auftraten und weist diesen 40 nach, dass sie stets einen technischen Fehler aufzuweisen haben.

P. Strassmann tritt für die Methode der Ventrifixur ein, da er bei Geburten sehr wenig Störung gemerkt hat und erklärt, wenn solche eingetreten seien,

so wäre die Schuld allein darin zu suchen, dass über den Fundus hinweg fixiert worden ist, also oberhalb einer Linie, die man zwischen den Tuben zieht, oder dass der Fundus zwischen bindegewebigen muskulösen Schichten der Bauchwunde angeheftet worden sei. Ein Geburtshindernis würde wesentlich dadurch bestehen, dass die vordere Wand hypertrophiert und sich nicht ausdehnen kann, weil der Fundus eben fest liegt.

Odebrecht erklärt, dass er nach Ventrifixuren Schwangerschaften beobachtet hätte, wo der Fundus uteri sich bis zur Magengrube entwickelte, als ob gar keine Fixation vorhanden gewesen sei.

Veit bekundet folgendes: Ob Störungen bei einer späteren Schwangerschaft nach Ventrifixur auftreten oder nicht, hängt ab von der Breite und Festigkeit der Fixur. Vielleicht auch von der Stelle, an welcher das Corpus fixiert wird. Die hintere Wand entwickelt sich, der eigentliche Fruchthalter wird von der hinteren Wand gebildet, die vordere Wand bleibt durch die Fixation unentwickelt. Kommt es nun zur Geburt, so sind die Wehen wegen der Muskelarmut schlecht, leistungsunfähig und nehmen tetanischen Charakter an. In wenigen Fällen kommt es während der Geburt zu den schweren Funktionsstörungen der drohenden Uterusruptur.

Hofmeier erklärt gleichfalls, dass die Beschwerden, die manche Schwangere, bei welchen Ventrifixur vorgenommen worden war, vorbringen, die gleichen sind, wie die, welche von anderen Schwangeren, die keine Operation durchgemacht haben, vorgebracht werden. Jedenfalls sei nach richtig ausgeführter Operation der Uterus nicht gehindert, sich normal zu entfalten und normal zu gebären.

Weindler bekundet in seiner Arbeit, dass eine technisch richtig ausgeführte Operation mit Freilassung des oberen Teiles des Gebärmutter-Grundes dem Uterus niemals in seinen verschiedenen Ausdehnungszuständen hinderlich sein könnte.

Seegert kommt zu dem Resultate, dass vor allem die Hemmung der vorderen Uteruswand in ihrer Entwicklung intra gravidatem zu den schwersten Geburtsstörungen führt. Diese Störung tritt jedoch nur bei der direkten medianen Vernähung des Fundus oder des Uteruskörpers mit der Bauchwand ein, denn das beiderseits an seiner Ausgangsstelle antefixierte runde Band hindert die vordere Uteruswand in ihrer Ausdehnung und ihrem Wachstum nicht.

Als Fritsch ausführte: „ich lege den Hauptwert auf die feste Vernähung des Uterus, ich nähe den Uterus mit mindestens 10 feinen Fäden am Peritoneum und der Faszie an," bemerkte Winter: „eine Fixation des Fundus kann Störungen bei der Geburt geben; gegen solche Folgen kann man sich am besten schützen, wenn man den Uterus nicht selbst fixiert, sondern nur in seinen Ligamenten; er behält eine grössere Beweglichkeit."

In der Arbeit wurden 32 Fälle von Ventrifixur aufgeführt. Von diesen 32 Frauen wurden 4 in der Klinik entbunden, 3 hievon gaben an, dass die Schwangerschaft nach der Operation mit denselben Beschwerden verlaufen sei, wie bei früheren Schwangerschaften. Fall V äusserte jedoch, dass die Schwangerschaft sehr schmerzhaft gewesen sei. Die Geburten verliefen stets normal, ebenso das Wochenbett. Der Entlassungsbefund erklärt deutlich, dass auch eine überstandene Schwangerschaft und eine überstandene Geburt nicht im Stande war, die durch die Operation normal

hergestellte Lage des Uterus zu verändern. Und Hofmeier erblickt gerade in diesem Punkte den besten Prüfstein für die Methode der Ventrifixur.

Es dürfte aus all diesem klar hervorgehen, dass auch die hie und da auftretenden Schwangerschaftsbeschwerden und Geburts-Anomalien nicht zu dem Schlusse berechtigen, die Ventrifixur völlig zu verwerfen. Denn es tritt ja deutlich hervor, dass bei völlig richtig ausgeführter Operation, bei welcher der Fundus des Uterus nicht an die Bauchwand selbst fixiert worden ist, keinerlei Schwangerschaftsbeschwerden oder Geburtshindernisse eintreten.

Wir müssen deshalb aus all diesen Betrachtungen den Schluss ziehen, dass die Operation der Ventrifixur mit Recht ausgeführt wird und dass es für die Hilfe suchenden Frauen ein grosser Nachteil sei, wenn wir uns durch die geringe Anzahl der Misserfolge und eintretenden Geburtshindernisse abhalten lassen würden, diese heilbringende Methode der Ventrifixur weiter anzuwenden.

Und ich möchte die Arbeit mit den Worten Hofmeiers schliessen, der sagt: „Es kann als Schlussresultat unserer Beobachtung ruhig ausgesprochen werden, dass die in richtiger Weise und mit kritischer Prüfung der vorliegenden Verhältnisse ausgeführte Ventrifixur des Uterus bei der operativen Behandlung der Lageveränderungen der Genitalien einen ganz hervorragenden Platz sich erobert hat und dass sich Olshausen mit der Einführung derselben in die operative Gynäkologie ein grosses bleibendes Verdienst erworben hat.“

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. Hofmeier für Überlassung der Arbeit, sowie Herrn Dr. Häberle, Assistenzarzt der Klinik, für die liebenswürdige Unterstützung bei der Ausführung der Arbeit, meinen verbindlichsten Dank abzustatten.

Literatur-Verzeichnis.

Hofmeier: Grundriss der gynäkologischen Operationen.
Hegar: Operative Gynäkologie.
Veit: Handbuch der Gynäkologie.
Weindler: Über Dauererfolge nach Ventrifixatio uteri.
Frommel's Jahresbericht Band XVII, XVIII, XX, XXI, XXII, XXIII.
Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Band 51, 55.
Reuer: Dissertation 1905.

Lebenslauf.

Ich, Karl Niedenthal, bayerischer Staatsangehöriger, wurde am 18. September 1875 als Sohn des kgl. Bezirksarztes Dr. Niedenthal zu Alzenau, Unterfranken, geboren. Nach Besuch der Volksschule daselbst absolvierte ich das Gymnasium zu Aschaffenburg im Juli 1896 und bezog im Oktober des gleichen Jahres die Universität Würzburg. Im ersten Semester diente ich im 9. Inf.-Regt. als Einjährig-Freiwilliger. Nach Ablauf von 4 Semestern bezog ich die Universitäten Giessen, München und Jena, auf welch letzterer Universität ich am 22. Februar 1902 mein medizinisches Staatsexamen bestand. Hierauf diente ich mein zweites halbes Jahr als einjähriger Arzt beim 2. Jägerbataillon in Aschaffenburg und nach Ableistung dieser Zeit wurde ich Assistenzarzt bei Herrn Dr. Kähler in Bühl. Am 6. Januar 1903 liess ich mich in Steinbach, Kreis Baden, als praktischer Arzt nieder. Die Zeit, während welcher ich zu einer 6 wöchentlichen Übung hierher einberufen wurde, benutzte ich zur Abfassung meiner Dissertation.

Vorstehende Dissertation habe ich unter der Leitung des Herrn Geh. Hofrates Professor Dr. Hofmeier verfasst.